Rok VI. Warszawa, Kwiecień 1927 r. Nr. 2

# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

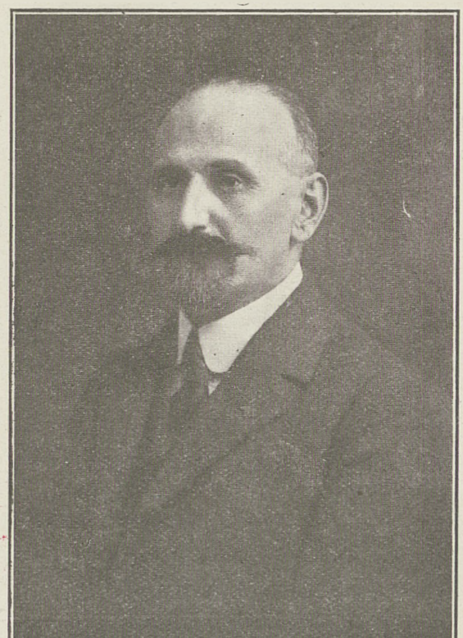
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

*KIEROWNIKOWI ODDZIAŁU*

*OTO-LARYNGOLOGICZNEGO i PŁUCNEGO*

## *LEOPOLDOWI LUBLINEROWI*

*W 40-tą ROCZNICĘ PRACY SZPITALNEJ*



Młodsze pokolenie lekarzy, pracujące dzisiaj w szpitalach bogato uposażonych, często na wspaniałych salach, mając wszystko do swego rozporządzenia, nie jest w stanie często zrozumieć, w jak trudnych warunkach pracowało starsze pokolenie lekarzy.

Ile energji, ofiarności i samozaparcia wymagało stanowisko lekarza szpitalnego, wówczas, kiedy salą szpitalną był często mały, duszny pokoik i kiedy wszystko trzeba było zdobywać własną zabiegliwością i pracą, a nawet własnemi środkami.

W tej perspektywie staje się zrozumiałem, że Jubilat, wstąpiwszy do szpitala przed 40 laty i trwając do dziś dnia na posterunku, zdobył prawo do uczczenia Go w najgorętszych słowach.

Po ukończeniu uniwersytetu w r. 1887 dr. Lubliner wstępuje do Szpitala Starozakonnych na oddział Elzenberga, gdzie pracował do r. 1889. Już w tym okresie rozpoczął swą działalność naukową i ogłosił następujące prace: 1) 5 przypadków zaszczepienia gruźlicy po obrzezaniu rytualnem (Gazeta Lekarska 1888) i 2) Lymphangioma linguae.

Po 2-ch latach dr. L u b l i n e r przechodzi do Szpitala Ś-go Rocha na oddział prof. Herynga, gdzie pracuje od stycznia 1889 do r. 1895. W tym okresie na oddziale Herynga panowała atmosfera intensywnej pracy naukowej, rozszerzającej widnokręgi laryngologji i roznoszącej sławę nauki polskiej po całym świecie.

W pracy tej dr. L u b l i n e r bierze wybitny udział, czego wyrazem są liczne cenne spostrzeżenia:

1) O sposobie, ułatwiającym wprowadzanie czopków cynowych w leczeniu zwężeń krtani. 2) O zwężeniach tchawicy pochodzenia syfilitycznego (Medycyna 1890). 3) Przypadek twardzieli (rhinoscleroma), wyleczony samoistnie po tyfusie plamistym. 4) Adenoma laryngis. 5) Etjologja wyprysku gardzieli (Herpes pharyngis), odczyt w Rzymie na Zjeździe Międzynar. 1896 r. 6) O polipach krwawiących przegrody nosowej. 7) O leczeniu chirurgicznem wewnątrz krtaniowem gruźlicy krtani.

Niezależnie od pracy szpitalnej dr. Lubliner pogłębia swą wiedzę na klinikach zagranicznych, pracując w Berlinie u K r a u s e'go i K o c h a i w Wiedniu u S t ö r c k a, S c h n i t z l e r a, C h i a r e'go i P o l i t z e r a.

Od r. 1896 do 1898 pracuje na oddziale ocznym w Szpitalu Starozakonnych i jednocześnie prowadzi ambulatorjum laryngologiczne. W wyniku spostrzeżeń na oddziale ocznym ogłaszą pracę: „O cierpieniach dróg łzowych, zależnych od chorób jam nosowych“ (Krytyka Lekarska). W roku 1898 dr. Lubliner z konkursu zostaje ordynatorem oddziału chorób gardła, nosa

i uszu w Szpitalu Starozakonnych, pierwszego samodzielnego oddziału oto-laryngologicznego nie tylko w Warszawie, ale i w całym kraju. Powstanie tej placówki wywarło ogromny wpływ na rozwój oto-laryngologji polskiej, podnosząc jej znaczenie nietylko wśród lekarzy, ale i wśród szerokiego ogółu, a przedewszystkiem znacznie rozszerzając sferę jej działalności, głównie zaś strony chirurgigicznej.

Wobec braku specjalnych oddziałów dla gruźlicy jedno z pierwszych miejsc na oddziale oto-laryngologicznym zajmuje gruźlica krtani. Dr. Lubliner, który sprawę tę znakomicie opanował jeszcze w Szpitalu Ś-go Rocha, dużo energji poświęca zwalczaniu gruźlicy tembardziej, że po pewnym czasie zostaje również kierownikiem oddziału płucnego. Pierwszy urządza w r. 1901 leżalnie dla chorych; w r. 1904 wprowadza w szpitalu inhalatorjum systemu Heyer'a, a po pobycie u Spenglera w Davos i u Brauera w Hamburgu pierwszy wprowadza w Warszawie w szpitalu stosowanie sztucznej odmy.

W okresie od 1898 do 1926 r. Jubilat ogłosił drukiem nastepujące prace:

1) 2 przypadki promienicy krtani (Pamiętnik Tow. Lek. 1901). 2) O dostarczaniu zdrowego mleka (aseptycznego) mieszkańcom miasta. (Zdrowie). 3) Alkohol i gruźlica (Zdrowie). 4) O rzadkim przypadku ropni mózgu (Pamiętnik Tow. Lek.). 5) Przypadek caries błędnika (Pam. Tow. Lek.). 6) Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani (P. T. L. i Medycyna). 7) O krwotokach usznych (Medycyna). 8) O ropniach mózgu pochodzenia usznego (Pols. Przegl. Ot.-lar.). 9) O urazach błony bębenkowej, spowodowanych wybuchem bomb. 10) Kula w jamie sitowej i n. inne.

Na oddziale dr. Lublinera—od chwili jego powstania—pracowało zawsze b. wielu lekarzy, którzy kształcili się w oto-laryngologji, korzystając ze wskazówek doświadczonego i wszechstronnie wykształconego lekarza. Osobiste zalety charakteru jednały Mu serca tych wszystkich, którzy z nim razem pracowali i mieli sposobność bliżej go poznać. Jubilat, wrażliwy bardzo na niedolę ludzką, w chorym widział przedewszystkiem cierpiącą i nieszczęśliwą jednostkę, a nie tylko mniej lub więcej ciekawy przypadek, i tu tkwi przyczyna, że gotów był często poświęcić stronę naukową oddziału, byle choremu nie stała się jakaś, chociażby pozorna, krzywda, byle go nawet o jeden dzień dłużej niż

potrzeba, nie przetrzymać w szpitalu. Na te lub inne nowe metody postępowania w leczeniu waży się dopiero po głębszym namyśle, zawsze mając na względzie przedewszystkiem dobro chorego. Oddziału swego dr Lubliner nie uważa za placówkę zamkniętą, dostępną jedynie dla siebie i dla stałych współpracowników; chętnie udziela gościny wszystkim kolegom, pozwalając umieszczać chorych na oddziale i dając im możność nie tylko obserwacji, ale nawet wykonania wszelkich zabiegów, za co Mu się ze strony tych, którym nie przypadła w udziale własna placówka szpitalna, serdeczna należy wdzięczność. Czcigodnemu Jubilatowi życzymy jeszcze długich lat owocnej pracy.

*Maurycy Hertz.*

---

*Kierownikowi oddziału oto-laryngologicznego*
*dr. L. Lublinerowi*
*w roku 40-ym Jego pracy szpitalnej.*

# O t. zw. nawrotowem zapaleniu wyrostka sutkowego

Podał

**M. Koenigstein.**

W piśmiennictwie otjatrycznem ostatniego 20-lecia niejednokrotnie poruszano sprawę powtórnego zakażenia wyrostka sutkowego, który już raz w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego uległ stanowi zapalnemu i z tego powodu został częściowo, względnie zupełnie, usunięty. Mamy na myśli nawroty sprawy zapalnej w wyrostku „zagojonym", t. j. tam, gdzie nastąpiła regeneracja tkanki łącznej lub kostnej, a więc w wyrostku „odrodzonym." Obserwując przez czas dłuższy chorych, którzy przeszli wydłótowanie wyrostka, odróżniamy 2 rodzaje nawrotów: rzekome i prawdziwe. O pierwszych może być mowa, gdy nawrot powstaje wskutek niedość gruntownego wyeliminowania poszczególnych ognisk ropnych lub wskutek niedokładnego opatrywania rany pooperacyjnej. Tego rodzaju nawroty, według naszych obserwacji, zdarzają się w krótkim czasie po zamknięciu się rany pooperacyjnej. Pozostałe pod blizną skórną ognisko ropne służy doskonałą odżywką, podłożem dla drobnoustrojów chorobotwórczych, które z nosa i jamy nosowo-gardłowej dos-

tać się mogą do jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego lub, jakby omijając jamę bębenkową, odrazu przenikają do wyrostka i tu rozpoczynają dzieło zniszczenia. Do rzekomych nawrotów zaliczyć należy ropień w samej bliźnie pooperacyjnej, który powstaje z zanieczyszczenia blizny przez drobnoustroje z zewnątrz. Prawdziwym nawrotem sprawy zapalnej w kości będzie obraz kliniczny, analogiczny do pierwotnego, jaki był przed zabiegiem, a więc stan zapalny samej kości, okostnej, ból i t°, podniesiona.

By zrozumieć dokładnie obraz kliniczny tego cierpienia należy się zastanowić, na czem polega sprawa gojenia rany pooperacyjnej, jak przedstawia się regeneracja kości w wyrostku sutkowym, i czy kość nowopowstała nie różni się od kości pierwotnej, t. j. czy charakter nowopowstałego wyrostka nie uległ zmianie.

Pierwsze badania doświadczalne w tym kierunku przeprowadził Samojlenko.[1] Badacz ten otwierał u psów i kotów zatoki czołowe, wyskrobywał błonę śluzową i zeszywał ranę na głucho. Po 6 miesiącach (od doszczętnej operacji zatoki czołowej) następowała całkowita jej obliteracja, zaczynała się zwykle od otworu trepanacyjnego, przyczem tkanki, wypełniające jamę operowaną, posiadały rozmaitą twardość, zależnie od czasu, który upływał od zabiegu. Po miesiącu tkanka nowopowstała była jeszczcze miękka i z łatwością krajać ją można było nożem; po 2—3 miesiącach Samojlenko stwierdzał tkankę twardą o konsystencji chrzęstnej, zaś w 5—6 mies. po operacji nóż w krajaniu napotykał na opór gąbczastej kości. Okostna wrastała wgłąb jamy czołowej, nad otworem operacyjnym tworzyła mocną elastyczną błonę, wrastającą warstwą twardą do wewnątrz jamy, pokrywając przedni jej odcinek.

W tkance nowoutworzonej Samojlenko w 6 miesięcy po zabiegu stwierdzał na obwodzie kładki kostne w postaci siatki, której oczka wypełniały tkanka łączna siatkowata i naczynia krwionośne. Pośrodku tkankę tę stanowiła okostna, która powstała w samej zatoce. Okostna ta stanowi główny punkt wyjścia dla nowoutworzonej tkanki, wzgl. kości w jamie operacyjnej. Samojlenko sądzi, że analogiczna sprawa zachodzi i u człowieka. Badania jego stały się niejako podwaliną dla zrozumienia sposobu gojenia się ran w jamach kostnych i były później po-

[1]) Archiv. f. Laryng. 1913. B. 27. H. 1.

twierdzane przez innych, którzy poglądów jego nie obalili i więcej światła do tej sprawy nie wnieśli. Przeprowadzając analogję między zatoką czołową i otwartą jamą sutkową, którą albo częściowo zeszywamy po operacji, albo zostawiamy otwartą, dochodzimy do wniosku, że ziarnina wrasta do jamy częściowo ze skóry i ścian jamy, częściowo z okostnej. Przodującą rolę gra ta ostatnia, podczas gdy kość sama nie wykazuje zbytniej zdolności regeneracyjnej. W każdym razie jeśli chodzi o regenerację tkanki kostnej stricte dictu, to następuje ona w późniejszym okresie pooperacyjnym. W początkowym okresie mamy do czynienia z oddzielnemi jamami, pokrytemi wewnątrz nabłonkiem. Istotnie, kto często operuje z powodu nawrotów u małych dzieci, zwł. po upływie krótkiego czasu od dnia pierwszej operacji, ten znajdzie mięciutką tkankę łączną, nieraz nawet tkankę ziarninową, przesączoną kleistym śluzem. Po kilku miesiącach (od czasu zabliźnienia się rany) można na stole operacyjnym widzieć dach kostny, okalający z obu stron tkankę łączną w pierwotnej jamie operacyjnej, gdzie znajdujemy często ciągnący się kleisty śluz. Dach ten kostny stanowi nowoutworzoną z okostnej „corticalis". Jeżeli zdrowy wyrostek sutkowy w przebiegu zapalenia ucha środkowego może się stać siedliskiem sprawy ropnej, to tembardziej i łatwiej ulega sprawie zapalnej taki wyrostek, względnie pozostała część jego lub surogat wyrostka, co już raz ucierpiał i co wskutek poprzedniego zabiegu zyskał szersze połączenie z jamą bębenkową i z jamą nosowo-gardłową. Tego nas uczy klinika i codzienne doświadczenie. Wystarczy nieraz ostry nieżyt nosa, by wraz z zapaleniem jamy bębenkowej nastąpiło zapalenie wyrostka. Najczęściej widzimy to u dzieci, wkrótce stosunkowo po operacji, gdy jamę sutkową wypełnia miękka tkanka łączna lub ziarnina, podłoże, bardzo podatne dla rozwoju drobnoustrojów. Wyrostek tego rodzaju stanowi prawdziwe *locus minoris resistentiae.* Często sprawa jakby przeskakuje przez jamę bębenkową do wyrostka sutkowego, gdzie znajduje dla siebie jedyne siedlisko chorobowe, nieraz zaś jednocześnie stan zapalny rozwija się i w jamie bębenkowej i w wyrostku sutkowym, przyczem najburzliwiej zazwyczaj obraz chorobowy kształtuje się w tym ostatnim. Większość autorów jest zdania, że najczęściej nawroty nawiedzają dzieci limfatyczne, słabe, blade, wycieńczone.

Na 16 dzieci do lat 5, które powtórnie operowaliśmy w rozmaitym okresie czasu po tym zabiegu, tylko u 3 były objawy gruźlicy kostnej kończyn, aczkolwiek z wyglądu i budowy ciała dzieci te wcale na gruźlicze nie wyglądały. Jedno z nich, piękny, rumiany 4 letni chłopczyk, trzykrotnie był operowany i dotychczas ma za uchem otwartą niezagojoną ranę. Przechodził gruźlicę kości przedramienia. Przypadek ten uważaliśmy za gruźlicę ucha i dlatego w rachubę tu nie wchodzi.

A więc z tych 16 dzieci — 13 nie potwierdziło poglądu, iż nawroty spostrzega się u dzieci słabowitych. U 4 z nich stwierdzono przerosty migdałków podniebiennych i wyrośli gruczołowatych, reszta dzieci była zdrowa. Zależnie od jadowitości bakterji obraz chorobowy przedstawia się rozmaicie: już to w postaci zapalenia okostnej, już to w postaci zapalenia samego wyrostka sutkowego (mastoiditis), już to wreszcie w postaci ropniaka całego wyrostka i ropnia podokostnowego (empyema proc. mastoidei et abscessus subperiostalis). Zwykłe, nie ropne zapalenie okostnej, może się zagoić, wessać pod wpływem miejscowego leczenia bez zabiegu operacyjnego.

3-letnie dziecko, operowane przed rokiem z powodu sprawy ropnej w wyrostku po grypie, cieszyło się doskonałem zdrowiem w ciągu 11-u miesięcy, aż naraz po ostrym nieżycie nosa zaczęło narzekać na ból za uchem. Przy badaniu stwierdziłem wyraźną bolesność wyrostka w okolicy blizny. $T^0$ 37,8. Dziecko niespokojne, w nocy nie spało. Pod wpływem rozgrzewających okładów, stosowanych w ciągu 3 dni, wszystko wróciło do normy.

40-kilkoletni chory, operowany przed 20-u laty przez jednego z najwybitniejszych polskich otjatrów, zgłosił się do mnie z powodu silnych bólów wyrostka. Chory od trzech dni nie sypia w nocy. $T^0$ dochodzi do 38,2. Muszla nieco odstaje, wyrostek za dotknięciem niezmiernie bolesny. Bębenek nieco przekrwiony; słuch zachowany. Pod wpływem lodu sprawa w ciągu tygodnia wessała się całkowicie.

30-kilkoletni mężczyzna był operowany przezemnie w 1911 roku. Podczas operacji większa część wyrostka została usunięta i nad zatoką wykryto ropień. Obecnie chory uskarża się na silny ból za uchem, głowę trzyma krzywo, w nocy miał dreszcze. $T^0$ 38,6. Przy badaniu stwierdziłem: obrzęk chrzęstnego przewodu słuchowego, w głębi z przedziurawionego bębenka dolnej części wydobywa się gęsta ropa. Za uchem wyraźne chełbotanie. W uśpieniu chloroformowem cięcie poprzez bliznę. Po odseparowaniu okostnej widać: prawie całkowicie odrodzoną „corticalis“, pośrodku podłużna szpara, przepuszczająca zgłębnik aż do jamy sutkowej; po oddłótowaniu kości ostrą łyżką usunięta ziar-

nina, miejscami przechodząca w tkankę twardą, bliznowatą. Jamę sutkową zmuszony byłem otwierać dłótem; w okolicy zatoki esowatej twarda mocna tkanka łączna, bliznowata; w tem miejscu zgłębnikiem nie wyczuwa się kości. Przypadek ten dość długo się goił. Dziś, po 4 latach od powtórnej operacji, chory czuje się dobrze; ma on głębokie wklęśnięcie za uchem i skóra prawie przylega do dna jamy sutkowej.

Jak widać z powyższych 2 przypadków, nawrót zjawić się może nawet po kilkudziesięciu latach i może wymagać powtórnego rozległego zabiegu.

W przytoczonych przypadkach chorzy byli ludźmi skądinąd zupełnie zdrowymi, nie zapadali nigdy na choroby zakaźne. Badanie nosa nie wykryło u nich szczególniejszych zmian.

U oseskόw nawroty spostrzega się wkrótce po zabliźnieniu się rany pooperacyjnej, a to z powodu częstych zapaleń ucha środkowego, wskutek sprzyjających warunków anatomicznych (krótkość i szerokość trąbki Eustachjusza), oraz obecność chorobotwórczej flory w jamie nosowogardłowej.

9-miesięczny osesek, któremu w 3 miesiącu przecięto ropień podokostnowy z wyłyżeczkowaniem prawie całego wyrostka, dostał naraz gorączki i wymiotów. Okazało się ropne zapalenie ucha środkowego; zaczerwienienie i wygórowanie za uchem. Po 3 dn. w uśpieniu bliznę przecięto, ranę wyłyżeczkowano, brzegi kostne dłótkiem nieco wyrównano. Badanie wyskrobin (dr. Płońskier) wykazało: dość dużo ognisk o budowie typowej ziarniny, ogniska tkanki łącznej o charakterze bliznowatym z zachowaniem wewnętrznej warstwy okostnej; gdzie niegdzie na obwodzie tych ognisk nowotworzenie kości pod postacią ognisk młodej tkanki kostnawej.

Pomiędzy młodemi beleczkami widać dobrze unaczynioną tkankę wytwórczą o charakterze tkanki włóknistej, obfitującej w osteoblasty. Na obwodzie beleczek osteoblasty układają się warstwą równoległą. W kilku miejscach widać: łączność bezpośrednią pomiędzy wewnętrzną warstwą okostnej (na obwodzie ognisk łączno tkankowych)[1]), tkankę wytwórczą międzybeleczkową.

Jak widać z powyższego przypadku, aczkolwiek operowanego wkrótce po 1-szym zabiegu, okostna bierze na siebie rolę wytwórczą w regeneracji młodej kości. Potwierdza to, z jednej strony, teorję Samojlenki, a zdrugiej, wskazuje, jak ważną rzeczą w zabiegu jest oszczędzanie okostnej. Przy operowaniu nawro-

[1]) Kol. Płońskierowi za łaskawie wykonane badania anatomo-patologiczne na tem miejscu serdecznie dziękuję.

tów rzekomych w postaci ropnia za uchem wystarczy ropień przeciąć i jamę wyłyżeczkować, o ile ropień wytworzył się w bardzo krótkim czasie po zabliźnieniu.

Tego rodzaju rzekome nawroty zdarzają się, jak już wyżej zaznaczono, wskutek wadliwych opatrunków i gdy brzegi rany zrosły się, zanim dno jej stopniowo pokryło się zdrową tkanką. Sprawa nawrotów z punktu widzenia klinicznego jest niezmiernie ważna, a dokładne jej pogłębienie jest możliwe wtedy tylko, gdy jeden i ten sam lekarz operuje dany przypadek za 1-szym i za 2-im razem. Wówczas przez zestawienie zmian chorobowych i badanie histologiczne możnaby sprawę należycie wyświetlić. Niestety pacjent za drugim razem zwraca się zwykle do innego lekarza, a cierpi na tem i ciągłość spostrzegania klinicznego.

---

*Kierownikowi oddziału oto-laryngologicznego*
*dr. L. Lublinerowi*
*w 40-tą rocznicę Jego pracy szpitalnej.*

# O wpływie insuliny na przebieg ropnych spraw ucha środkowego u diabetyków.

Podał

**Maurycy Hertz.**

Wśród powikłań, najczęściej spotykanych w cukrzycy, jedno z pierwszych miejsc zajmują ropne sprawy ucha środkowego, często prowadzące do zabiegów operacyjnych. Na ropienie wywiera tu niewątpliwy wpływ zawartość we krwi cukru, który zmniejsza odporność tkanek, sprzyjając jednocześnie rozwojowi bakteryj. Niezależnie od ropnych spraw ucha, ściśle zależnych od rozwoju cukrzycy i stanowiących jej powikłanie, diabetyk może zachorować na ucho jak każdy zdrowy osobnik, czy to na skutek zwykłego kataru, grypy, czy to innej jakiejś sprawy chorobowej, powikłanej zapaleniem ropnem ucha środkowego; sprawy te przebiegają u diabetyków znacznie gorzej i częściej prowadzą do operacji. Oddawna cukrzyca stanowiła przeciwskazanie do wszelkich operacyj i chirurdzy tylko w wyjątkowych przypadkach decydowali się na zabieg, nie biorąc żadnej odpowiedzialności za wynik

operacji, gdyż choremu groziło zakażenie lub śpiączka z nieuniknionem zejściem śmiertelnem. Kraus jeszcze w r. 1913 uważał cukrzycę za przeciwskazanie do operacji narówni z mocznicą lub ciężkiemi schorzeniami serca; w ropnych jednak zapaleniach ucha środkowego, nawet powikłanych martwicą kości skroniowej, operacja, zdaniem Kraus'a, dawała dobre wyniki.

Każdy z nas, otjatrów, może to potwierdzić na zasadzie własnego doświadczenia i przytoczyć wiele przypadków operowanych w okresie nawet ciężkiej cukrzycy.

Przypominam sobie przypadek 60-letniego mężczyzny z ciężką cukrzycą ( 5% cukru i aceton), którego operowałem z powodu rozległego ropienia w wyrostku sutkowym. Chorego nie udało się przed operacją odcukrzyć zapomocą zwykle stosowanej w tych razach diety, a jednak chory zniósł dobrze uśpienie i po operacji czuł się zupełnie dobrze. Po kilku dniach pojawiła się róża wokoło rany i na policzku, mimo to chory wyzdrowiał i rana się zagoiła.

Pomimo tych szczęśliwych przypadków cukrzyca zawsze nas niepokoiła, gdyż nigdy nie mogliśmy być pewni, czy po operacji nawet najlżejszej nie wystąpi śpiączka, chociażby pod wpływem chloroformu. Dlatego też przed operacją zawsze starano się odcukrzyć lub przynajmniej zmniejszyć zawartość cukru, oraz usunąć aceton, aby na czas operacji i w pierwszym okresie po niej zapobiec niepomyślnemu zejściu na skutek śpiączki lub ciężkiego zakażenia, gdyż w późniejszym okresie choremu to mniej grozi.

Nie zawsze się to jednak udawało, gdyż pewne postacie cukrzycy opierały się wszelkim w tym kierunku zabiegom.

Wynalezienie insuliny powitali chirurdzy z wielką nadzieją, gdyż insulina dawała możność odcukrzenia chorego à l'instant, a co najważniejsze, że pozwala utrzymać chorego w stanie prawie bezcukrowym w okresie pooperacyjnym, co znakomicie przyśpiesza okres gojenia [1]).

Na kongresie lekarskim w r. 1923 Mauriac oraz Aubertin, Piechaud i Servantil wyrazili zdanie, że insulina jest wskazana, jako przygotowanie do zabiegu chirurgicznego w każdym przypadku, dotyczącym diabetyka; należy ją stosować jeszcze przez pewien czas po operacji, gdyż skraca to okres zabliźniania rany.

---

[1]) P. Mauriac—Rev. de Laryngologie R. 45, nr. 15.

W razie konieczności jaknajszybszej operacji, a do tych należą bardzo często powikłania ropne ucha środkowego, należy zastosować duże dawki insuliny, aby skutek był szybki, i dawki te stosować jeszcze w pierwszych dniach po operacji, wykonanej w uśpieniu, gdyż choremu grozi jeszcze wtedy niebezpieczeństwo śpiączki.

Przed operacją należy ustalić ilość cukru we krwi i odpowiednią dawkę insuliny zastrzyknąć pod skórę; jednocześnie około 20—30 gr. cukru gronowego zastrzyknąć dożylnie. Jeżeli operacja trwa długo (więcej niż godzinę), to celowe jest zastrzyknięcie jeszcze jednej dawki insuliny; w pierwszym i w drugim dniu po operacji powinno się stosować jeszcze dwie dawki insuliny; w tych warunkach można osiągnąć dobre wyniki operacyjne (Aubertin[2]). Banting na VI kongresie międzynarodowym chirurgów w lipcu r. 1923 ogłosił, że w różnych klinikach chirurgicznych Ameryki śmiertelność kiedyś tak wysoka (50% u chorych zakażonych i 12% u chorych nie zakażonych w szpitalu głównym Massachusets od 1913 do 1918 r.) spadła od chwili stosowania insuliny do zwykłych odsetek, jakie otrzymujemy u osobników niediabetycznych.

Bernfeld[3]) opisuje 2 przypadki ropnych spraw w wyrostku sutkowym u ciężkich diabetyków, w których pomyślne zejście po operacji było, jego zdaniem, skutkiem stosowania insuliny. Szczególnie wystąpiło to jaskrawo u młodej 17-letniej dziewczyny z ciężką cukrzycą (5°/₀ cukru), gdyż, jak wiadomo, cukrzyca u osobników młodych jest bardzo groźną i daje złe rokowanie.

Pacjentka od 2-ch lat chora na cukrzycę; w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego wystąpiły objawy zajęcia wyrostka sutkowego z dreszczami i wysoką temperaturą (do 40°). Operacja w uśpieniu chloroformowo-eterowem i szeroka antrotomja; ropień okołozatokowy. Mocz, zebrany bezpośrednio przed operacją, wykazał 5°/₀ cukru.

3 go dnia po operacji zaczęto systematycznie stosować insulinę— stan chorej nie poprawił się — dreszcze i wysoka temperatura trwały. Przy powtórnej operacji po 5-u dniach obnażono ku górze i ku dołowi zatokę, w zatoce płynna krew, zawierająca gronkowce. Chora po przecięciu jeszcze paru ropni na ręku wyzdrowiała. W danym przy-

²) Emile Aubertin—L'Insuline.

³) Karl Bernfeld — Mastoiditis bei Diabetes mellitus. Monats. f. Ohrenh 60 H. 1926, 10.

padku zastosowanie insuliny zapobiegło śpiączce, zwiastuny której kilkakrotnie się zjawiały i niewątpliwie wpłynęło na pomyślne zejście. Zawartość cukru zmniejszała się powoli i wahała się od 2 do 3%— w 4-ym tygodniu spadła do ½%; w danym przypadku wobec ciężkiego stanu nie można było czekać na działanie insuliny przed operacją.

Są jednak przypadki, gdzie użycie insuliny nie zapobiega zejściu śmiertelnemu; dotyczy to przypadków bardzo ciężkiej cukrzycy z acetonurją, gdzie ropienie i gorączka rozwija się w sposób nieubłagany pomimo stosowania insuliny. Tłumaczyć to można (Mauriac) tem, że komórki utraciły swą żywotność i nie są już w stanie reagować na działanie insuliny. Erik Lundberg, stosując insulinę u chorych gruźliczych, wykazał, że zdolność organizmu do reakcji na insulinę zmniejsza się wraz z nasileniem gruźlicy; zniknąć może aceton, a nawet i cukier, a jednak objawy zatrucia dalej się rozwijają. W przypadkach, gdzie przed operacją nie udaje się odcukrzyć chorego zapomocą insuliny, nie należy zbyt długo czekać, gdyż, ufając zbytnio insulinie, możemy przez wyczekiwanie stracić chorego, ponieważ sprawa ropna może sie zbyć rozszerzyć, a wtedy operacja już nie jest w stanie uratować chorego. Zdaniem Mauriac'a w przypadkach cukrzycy z gorączką i obfitem ropieniem insulina może nie dać efektu, należy jednak spróbować.

Szczególnie dobrze działa i wskazana jest insulina w przypadkach cukrzycy, gdzie można czekać z zabiegiem operacyjnym i wtedy udaje się nam chorego zapomocą insuliny odcukrzyć i w ten sposób idealnie przygotować do operacji. W takich razach insulina działa często wprost terapeutycznie, gdyż bywały przypadki, gdzie insulina, stosowana w celu przygotowania do operacji, czyniła ją zbyteczną, gdyż sprawa chorobowa pod jej wpływem ulegała zagojeniu.

Ambard, Schmidt, Pautrier, Levy i Salmon są zdania, że insulina ma własności odżywcze i to nietylko u diabetyków, ale i u osobników niediabetycznych; pobudzając zapomocą insuliny żywotność tkanek, można było otrzymać szybkie zagojenie atonicznych ran, owrzodzeń na goleni i zakażonych obrażeń skóry, które mniej lub więcej opierały się zwykłemu leczeniu.

Vernieuwe i de Gand zwrócili uwagę, że insulina może oddać ogromne usługi w oto-rhino-laryngologji, ponieważ u cho-

rych na cukrzycę spostrzegamy często ropienie w postaci ropnych zapaleń ucha środkowego, zapalenia wyrostka sutkowego, a nieraz i ropni okołomigdałkowych. Vernieuwe opisuje 2 przypadki ropnego zapalenia ślinanki, gdzie z dobrym skutkiem zastosował insulinę.

Na tę właśnie stronę leczniczą insuliny u diabetyków, a nie tylko przygotowującą chorego do operacji przez odcukrzenie, pragnąłbym zwrócić uwagę.

Spostrzegałem kilka przypadków, gdzie zastosowanie insuliny zapobiegło operacji, zdawało się nieuniknionej; w jednym przypadku przyśpieszyło zagojenie się rany pooperacyjnej u diabetyczki, w jednym zaś wpłynęło na wyleczenie przewlekłego ropienia ucha środkowego u starego diabetyka.

I. F. R., lat 39, z Łowicza. Cukrzyca od 2-ch lat (1 — 1½% cukru bez acetonu). Przez zastosowanie odpowiedniej diety i karlsbadzkiej kuracji cukier znika; chora czuje się dobrze. Przed 3-ma tygodniami po zapaleniu gardła wystąpił silny ból w uchu lewem z temperaturą 37,80. Po 6-iu dniach ropienie bez paracentezy. Bóle po tygodniu ustąpiły, ropienie trwało; po paru jednak dniach na nowo wróciły z umiejscowieniem na wyrostku sutkowym, z silnym bólem głowy i temperaturą do 38° do 38,5°, wobec czego chora przyjechała do Warszawy. Przy badaniu chorej znalazłem przewód słuchowy wypełniony ropą, wciąż napływającą, pod dużem ciśnieniem; błona bębenkowa obrzmiała, żywo przekrwiona, perforacja w tylno-dolnym odcinku. Słuch z tej strony minimalny. Wyrostek sutkowy bardzo bolesny, przyczem największa bolesność wzdłuż tylnego brzegu wyrostka. Chora wyczerpana, t° 38; w moczu 1½% cukru, bez acetonu. Chora nie zgadza się na zabieg operacyjny; po paru dniach stosowania gorących okładów i naświetlań soluxem stan bez zmiany. Na naradzie z internistą postanowiliśmy stosować insulinę. Po paru dniach stosowania insuliny, 2 razy dziennie, nastąpiła poprawa: t° spadła, bóle głowy ustąpiły, ropienie znacznie się zmniejszyło; wyrostek mniej bolesny. Wobec takiego efektu stosowaliśmy insulinę jeszcze około 10 dni, w ciągu których wszystkie objawy zajęcia wyrostka sutkowego ustąpiły; pozostało jeszcze nieznaczne ropienie z ucha, które po paru dniach znikło.

W danym przypadku mieliśmy do czynienia z zapaleniem ropnem ucha środkowego, powikłanem zajęciem wyrostka sutkowego po anginie u chorej na lekką cukrzycę, a więc ze sprawą przypadkową, nie będącą w ścisłym związku z cukrzycą. Wobec

tego, że sprawa trwała parę tygodni, objektywne dane wskazywały na zajęcie ropne wyrostka sutkowego i stan się nie poprawił pomimo leczenia, operacja zdawała się być nieuniknioną. Od chwili stosowania insuliny objawy ogólne i miejscowe zaczęły się szybko poprawiać; chora wyjechała zupełnie zdrowa.

II. A. H., lat 45; ciężka cukrzyca, acetonurja, obrzęki. Po bardzo silnym katarze, nagle w nocy gwałtowny ból w uchu prawem. Rano znalazłem silne przekrwienie całej błony bębenkowej; kontury zniesione, błona matowa, znaczne przytępienie słuchu, $t^0$ 37.8. Okłady na ucho — salipyrina. Następnego dnia przyłączyła się bolesność wyrostka sutkowego, $t^0$ 38°. W zwykłych przypadkach tak ciężkiej cukrzycy proces zapalny bardzo szybko przechodzi w ropnie i najczęściej doprowadza do operacji na wyrostku sutkowym. I tutaj rokowanie zdawało się być bardzo niepomyślne. Po 2-ch jednak tygodniach stosowania insuliny pacjent wyzdrowiał bez paracentezy.

W danym przypadku trudno się oprzeć wrażeniu, że właśnie insulina wpłynęła na szczęśliwy przebieg sprawy zapalnej w uchu, tak znacznie odbiegającej od przebiegu tych przypadków, które spostrzegaliśmy u ciężkich diabetyków przed insuliną.

III. P. St., lat 53, z Grodna. Pacjent cierpi od paru lat na cukrzycę w słabym stopniu, najwyżej 2% cukru, bez wielkiego wpływu na stan ogólny. Parę razy leczył się w Karlsbadzie, ostatnio w Neuenahr. W ostatnim roku, jak twierdzi, pod wpływem ciężkiego zmartwienia, cukrzyca się pogorszyła: około 3% cukru, ślady białka i niewielkie ślady acetonu. Z tego też powodu przyjechał do Warszawy, aby zasięgnąć porady u internisty, ponieważ słyszał o insulinie.

Pacjent zaraz po przyjeździe, przed rozpoczęciem kuracji insulinowej, zwrócił się do mnie z powodu trwającego od lat kilkunastu ropienia z uszu, zdaje się do tyfusie brzusznym. Leczył się stale bez rezultatu; ostatnio ropienie większe i znaczniejsze przytępienie słuchu, szczególnie ucho lewe. Przy badaniu znalazłem: duże zniszczenie błon bębenkowych, umiarkowana wydzielina ropna bez domieszki mas cholesteatomatycznych, śluzówka jamy bębenkowej czerwona o powierzchni ziarninowej. Słuch po str. prawej: szept 2 m; po str. lewej szeptu, ani zegarka nie słyszy. — Po str. prawej kostne przewodnictwo dobre, po stronie lewej znacznie skrócone.

Chory zaraz po przyjeździe rozpoczął kurację insulinową i w ciągu 2-ch tygodni pacjenta nie widziałem. — Po tym czasie zjawił się u mnie wielce uradowany, że ropienie z uszu ustało, a co najważniejsze, że znacznie lepiej słyszy; przez ten czas chory do uszu nie wlewał żadnych kropel, ani nie zasypywał kwasu bornego co daw-

niej naprzemian stosował. — Przy badaniu, rzeczywiście, znalazłem minimalne ślady ropy w uchu lewem, w prawem — zupełnie sucho; słuch się poprawił, szept uchem prawem 3 — 3½ m., uchem lewem: zegarek ad concham wyraźnie słyszy, a szept z odległości 15 cm. — W każdym razie pacjent i jego otoczenie zauważyli, że znacznie lepiej słyszy.

W danym przypadku sprawa ropna, od wielu lat trwająca, w przebiegu kuracji insulinowej (cukier spadł do 0,5% — acetonu ani śladu) wyraźnie się poprawiła, co szczególnie uwydatniło się w uchu lewem, gdzie na zasadzie badania przed stosowaniem insuliny można było stwierdzić zajęcie również i nerwu ślimakowego.

M., lat 50, artrytyczka, nieraz minimalne ślady cukru w moczu; z powodu chronicznego nieżytu stosowała przemywania nosa. — Po jednem takiem przemyciu, w okresie obostrzenia kataru, ból w uchu prawem, poczem rozwinęło się ropne zapalenie ucha środkowego, a w następstwie zajęcie wyrostka sutkowego. Po 3-ch tygodniach trwania sprawy, burzliwie przebiegającej, wykonałem antrotomję, przyczem znalazłem duże zniszczenie kości w pneumatycznym wyrostku ku górze i ku tyłowi w kierunku kości potylicowej. Operację wykonałem w uśpieniu chloroformowem; przed operacją w moczu ½% cukru, bez acetonu i białka. Chora zniosła operację bardzo dobrze, gojenie rany z początku postępowało prawidłowo; po paru jednak tygodniach w ranie powiększyło się ropienie i nadmierne bujanie ziarniny; pomimo przyżegań i odpowiednich opatrunków rana nie miała tendencji do zabliźnienia. — Badanie moczu wykazało 1% cukru. Na naradzie z internistą postanowiliśmy zastosować insulinę, która wywarła znakomity wpływ, gdyż w tej chwili stan rany znacznie się poprawił i wkrótce nastąpiło zupełne zagojenie.

I tutaj, jak i w poprzednich przypadkach, można przypisać insulinie wpływ dodatni na proces ropny u chorej ze słabą cukrzycą.

Prócz obserwowanych przezemnie przypadków, dzięki uprzejmości kol. L a n d s b e r g a i P. M a c k i e w i c z a (którym w tem miejscu serdecznie dziękuję), mogę przytoczyć jeszcze parę przypadków dodatniego wpływu insuliny na ropne sprawy zapalenia ucha środkowego u chorych na cukrzycę.

W przypadku kol. P. M a c k i e w i c z a chodziło o chorą lat 72 z ciężką cukrzycą (4,6% cukru bez acetonu). Po katarze ostre zapalenie ucha środkowego lewego z obrzmieniem błony bębenkowej i wy-

pięciem w okolicy membranae Shrapnelli; wyrostek sutkowy bardzo bolesny, t° 37,2 — 37,8. Po paru dniach, gdy stan chorej nie poprawiał się i w moczu było 5,6% cukru i ślady acetonu, chorej zastrzyknięto 20 jednostek insuliny. Już w kilka godzin po zastrzyknięciu insuliny bóle ustały i powoli stan chorej zaczął się poprawiać; po paru dniach objawy zapalenia ucha minęły.

Kol. M. Landsberg obserwował chorego p. Szler., lat 55. Od 3-ch lat diabetes (3—5%), ostatnio ½% — 2,2%. Otitit. media purulenta — paracenteza przed 5 tygodniami. Insulina 2 razy dziennie po 10 jednostek—cukier spadł z 2,2% do 0,7. Po 4-ch tygodniach kuracji insulinowej chory wyzdrowiał.

W drugim przypadku kol. Landsberga w klinice II uniwers.: Otitis media purulenta. Diabetes, acetonurja. —Antrotomja; po insulinie prawidłowe i szybkie zagojenie się rany.

W trzecim — Otitis media. paracenteza. Diabetes, aceton, cukru 4%. Insulina 2 razy dziennie po 25 jednostek; po 2-ch tygodniach restitutio ad integrum bez operacji.

Spostrzegane przezemnie przypadki, zarówno jak i wyżej przytoczone, pomimo jaknajdalej idącego krytycyzmu, opierającego się na zasadzie post hoc, to nie zawsze propter hoc, i choć znane są nam przypadki pomyślnie zakończonego ropienia w uszach diabetyków i bez insuliny, nie mogą jednak nie zwrócić naszej uwagi na dodatni wpływ insuliny na przebieg ropnych spraw ucha środkowego u diabetyków.

Prawdopodobnie insulina działa dodatnio w przypadkach ropienia u diabetyków przez wpływ swój na skład krwi, usuwając lub zmniejszając zawartość w niej cukru. Czy insulina pozatem ma jakieś własności odżywcze to sprawa dalszych w tym kierunku badań.

Terapeuta stosuje w cukrzycy insulinę przeważnie w przypadkach cięższych, kiedy zwykłe metody lecznicze, oparte na odpowiedniej dietetyce zawodzą. — Spostrzegane przez nas przypadki wskazują na terapeutyczne działanie insuliny nawet w przypadkach lekkich, kiedy mamy do czynienia z ropieniem ucha środkowego.

Dalsza współpraca otjatry z internistą i coraz większa liczba obserwacyj przyczyni się może do wyjaśnienia tej sprawy.

*Kierownikowi oddziału oto-laryngologicznego*
*dr. L. Lublinerowi*
*w 40-tą rocznicę Jego pracy szpitalnej*

# O terapji zastępczej głuchoty nieuleczalnej.

Podał
**Leon Zamenhof.**

Są postacie głuchoty, które klinicznie uważane są za nieuleczalne. Należą do nich przypadki, niepoddające się żadnej terapji, będącej w rozporządzeniu otjatrji. Jakkolwiek kamertony wykrywają w nich jeszcze duże pozostałości słuchu, chorzy tego typu zaliczani są do inwalidów. Wszelkie usiłowania dotychczasowe, mające na celu, na wzór szkieł w okulistyce, podnieść ostrość słuchu z pomocą różnych tak zwanych aparatów słuchowych, nie dały wyników zadowalających. Główną przyczyną tego niepowodzenia jest trudność stworzenia takich warunków rezonansu, któreby w jednakowej mierze potęgowały siłę wszystkich dźwięków. Doświadczenie wykazało, że dotychczasowe aparaty słuchowe przeważnie wzmacniają samogłoski, nie wpływając bynajmniej na spółgłoski, które przecież stanowią znaczna większość dźwięków mowy ludzkiej. W rezultacie otrzymujemy mowę wprawdzie głośniejszą, lecz niejasną, często urywaną, czyniącą wrażenie jakby była słyszaną przez ścianę. Nie lepiej ma się sprawa z aparatami elektrycznemi. Prócz zasadniczej wady, że zależne są one od stanu baterji, jak wykazała praktyka, często dają one wyniki wprost odwrotne, gdyż towarzyszący zazwyczaj mikrofonom szum czyni akt słuchu nie tylko niewyraźnym, lecz nawet przykrym.

Czy myśl wzmocnienia słuchu środkami technicznemi, wobec nieudanych dotychczas wysiłków, jest zupełnie do zarzucenia, o tem nic stanowczego powiedzieć nie można, gdyż teoretycznie jest ona zupełnie dopuszczalna. W większości przypadków głuchoty organ odbiorczy jest w stanie dobrym, a dotknięty jest przeważnie organ przewodu. W tych warunkach cała trudność polega tylko w wynalezieniu aparatu, któryby wzmocnił przewodnictwo, względnie siłę tonów, nie wprowadzając w grę jednocześnie czynników ujemnych. Należy mieć nadzieję, że genjusz ludzki i tu okaże się twórczym, zwłaszcza po wynalezieniu lamp katodowych,

z któremi już zaczęto w tym kierunku robić próby. Zanim jednak to nastąpi, należy skorzystać z tych środków, któremi już dziś w znacznym stopniu możemy ulżyć nieszczęściu głuchoty.

Pod względem życiowym, jak również do pewnego stopnia klinicznym, głuchotę można podzielić na dwa typy: głuchotę w stosunku do tonów i w stosunku do mowy. Są typy głuchoty, w których dźwięki względnie dobrze dochodzą do słuchu, a mowa jednak jest prawie niezrozumiała. Pod względem praktycznym dla chorego ważniejsza jest zdolność pojmowania mowy. Otóż w tym kierunku można twierdzić stanowczo, że posiadamy sposoby, które umożliwiają nawet zupełnie głuchym pojmowanie mowy, czyli dają możność bezwzględnego wyprowadzenia ich ze stanu inwalidztwa.

Sposób ten po raz pierwszy został wprowadzony do nauki głuchoniemych. Polega on, jak wiadomo, na zastąpieniu będącego w bezczynności zmysłu słuchu przez zmysł wzroku. Jak ślepi posługują się udoskonalonym dotykiem, głuchoniemi zastępują sobie brak słuchu przez wysubtelnienie wzroku. Wiemy, że dobrze wyszkoleni głuchoniemi znakomicie czytają myśli swoich rozmówców z ich artykulacji. Jeżeli jest to możliwe w stosunku do głuchoniemych, dla których ludzka mowa jest wogóle zupełnie obca i z dźwięków i z treści, a których nauka z tego powodu musi trwać niezmiernie długo, to dla tych, którzy słuch stracili po opanowaniu już mowy, nabycie umiejętności czytania z twarzy jest zadaniem znacznie łatwiejszem. Jeżeli dodamy do tego, że to czytanie mowy zapomocą wzroku i pod względem estetyki nie pozostawia nic do życzenia, że głusi podczas rozmowy czynią wrażenie słyszących normalnie, to musi się wydać dziwnem, dlaczego dotychczas, przynajmniej u nas, tak mało stosowaną jest ta metoda wzrokowa w praktyce.

Winni są temu przedewszystkiem lekarze specjaliści, którzy, hołdując metodom pax excellence klinicznym, mało interesują się metodami o charakterze więcej wychowawczym.

Dlatego też uważam za wskazane przytoczyć w głównych zarysach podstawy tej metody.

Wiemy dobrze ze spostrzeżeń życia codziennego, że patrząc na twarz rozmówcy czy też aktora, przemawiającego ze sceny, łatwiej rozumiemy jego mowę, niż nie widząc jego twarzy, zwłaszcza

wybitnie to występuje przy słuchaniu śpiewu, do którego ucho nasze jest mniej przyzwyczajone.

To spostrzeżenie mówi nam wyraźnie, że czytanie z twarzy odbywa się do pewnego stopnia i w warunkach normalnych. Trzeba przypuszczać, że ośrodek czuciowo-optyczny znajduje się w stałem połączeniu z ośrodkiem czuciowo-słuchowym i że szczątkowa droga, łącząca te dwa ośrodki w stanie normalnym, w razie potrzeby, może być doskonale utorowana dla stałego użytku.

Ta przesłanka teoretyczna znajduje zupełne potwierdzenie, jak już wspomniałem wyżej, w praktyce.

Metodę optyczną należy rozumieć nie tylko jako system artykulacji czyli czytania oddzielnych dzwięków. Gdyby istotnie ona się tylko na tem opierała, byłaby bardzo trudna do opanowania.

Można ją do pewnego stopnia porównać ze zwykłem czytaniem tekstów. Wiemy dobrze, że czytając nikt z nas nie czyta każdej litery oddzielnie, lecz chwyta wyrazy na mocy ich charakterystycznego wyglądu. Dlatego też bardzo często przy zwykłem czytaniu nie spostrzegamy nawet grubych błędów ortograficznych.

Metoda optyczna przy większej doskonałości może być nawet doprowadzona do czegoś, co w pewnym stopniu przypomina stenografję. Bo czem jest stenografja, jak nie uplastycznieniem myśli zapomocą znaków charakterystycznych?

Otóż temi charakterystycznemi znakami w systemie optycznym są pewne typy mimiczne, które nie tylko wypowiadają oddzielne słowa, lecz nawet i myśli. Oczywiście, tu doskonałość odczytywania można osiągnąć dopiero po dłuższej wprawie i wymaga ona dużej cierpliwości ze strony pacjenta.

Okoliczność ta musi być brana na uwagę, aby chory nie zniechęcał się z powodu pierwszych nieudanych prób.

Z moich osobistych spostrzeżeń uważam tę metodę za poważne dobrodziejstwo i jedynie racjonalną w zwalczaniu ciężkich postaci głuchoty.

Jako żywy dowód tego twierdzenia mógłbym przytoczyć pacjenta L. byłego studenta, znanego wielu warszawskim specjalistom, który wskutek nieszczęśliwego wypadku na wojnie stracił zupełnie słuch. Chory ten z własnej inicjatywy w stosunkowo

bardzo krótkim czasie, gdyż zaledwie w ciągu kilku miesięcy, tak znakomicie posiadł tę metodę optyczną, że w rozmowie czynił wrażenie człowieka o zupełnie normalnym słuchu.

Kobrak, który kwestją tą interesował się bliżej, stworzył nawet coś w rodzaju pisma mimicznego, mającego na celu ułatwienie nauki czytania z artykulacji. Dzieli on ruchy mimiczne na 3 stopnie, zaczynając od podbródka, a kończąc na wargach. Z pomocą klinów wykazuje, w którym miejscu wydobywa się ten lub ów dźwięk. Z pozycji i kierunku tych klinów otrzymuje się pismo mimiczne, czyli jak Kobrak je nazwał „klinowe".

Praktyczna wartość metody czytania za pośrednictwem mimiki szczególnie wybitnie występuje w stosunku do słuchowo upośledzonych dzieci, którym nie tylko należy dać możność obcowania z otoczeniem, lecz również i wykształcenie, co jest już zadaniem znacznie trudniejszem.

U nas sprawa ta, niestety, stoi zupełnie odłogiem. Poruszyłem ją po raz pierwszy w r. 1925 na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, w sekcji higieny szkolnej. Od tego czasu sprawa bynajmniej nie posunęła się naprzód.

Dlatego też warto wspomnieć kilku słowami, jak stoi ona w chwili obecnej zagranicą.

Szczegółowe badanie słuchu w szkołach powszechnych, naprzykład w Niemczech, wykazało prawie 8% dzieci słyszących źle. U nas dotychczas takiej statystyki nie posiadamy. Badanie, przeprowadzone przed 2 laty przez dr. Guranowskiego na materjale przeszło 1200 dzieci, nie daje szczegółowego obrazu stanu słuchu, który jedynie decyduje o wyborze systemu nauki.

Dzieci, niesłyszące zwykłej mowy z odległości 6 metrów, jak wykazalo doświadczenie, są niezdolne do nauki w szkole normalnej. One nie tylko same nie korzystają, lecz przeszkadzają w nauce dzieciom normalnym.

Musiało się zrodzić pytanie, jak należy postąpić z temi dziećmi. Kształcenie ich w szkole normalnej z wyżej przytoczonych motywów jest bezwzględnie przeciwskazane. Szkoły dla głuchoniemych byłyby dla nich wielką krzywdą, gdyż każde z nich posiada pozostałości słuchu, które znakomicie mogą być wykorzystane dla celów pedagogicznych. Pozostaje więc stworzyć

dla tych dzieci nowy typ szkoły, coś pośredniego między szkołą normalną a szkołą dla głuchoniemych.

Wzorowy typ takich szkół stworzyli Niemcy.

Szkoły tego typu składają sie z dwóch oddziałów. Pierwszy poświęcony jest wyłącznie nauce czytania mimicznego, drugi jest zupełnie zbliżony do typu szkoły normalnej. Po ukończeniu obu tych oddziałów dzieci mogą już wstępować do zakładów wyższych, gdzie, jak doświadczenie pokazało, zdolne są do korzystania z nauki narówni z kolegami normalnymi.

Oto kilka krótkich ogólnych uwag w sprawie systemu optycznego, mającego na celu zapomocą wysubtelnienia organu wzroku zastąpić niewystarczającą czynność narządu słuchu.

Przypuszczam, że rezerwa, z którą zachowują się w stosunku do tej metody lekarze, nawet specjaliści, wypływa z zupełnie nieuzasadnionego sceptycyzmu, opartego na nieznajomości rzeczy.

Sceptycyzm ten jest nie tylko bezpodstawny, jest on również szkodliwy, gdyż zniechęca chorych do prób w kierunku ulżenia ich niedoli.

Zanim genjusz ludzki nie znajdzie lepszej metody, system mimiczny winien znaleźć jaknajszersze zastosowanie w praktyce.

*Kierownikowi oddziału oto-laryngologicznego*
*dr. L. Lublinerowi*
*w 40-tą rocznicę Jego pracy szpitalnej.*

# O t. zw. „początku gruźlicy płuc".

Podał

**M. Gantz.**

Jednem z najczęstszych może naszych rozpoznań w zakresie cierpień narządów wewnętrznych jest t. zw. „początek" gruźlicy płuc. Pojęciem tem obejmujemy zazwyczaj zmiany szczytowe, mniej lub więcej wyrażone, niejasne obrazy chorobowe, w których podejrzewamy obecność niewielkich zmian w miąższu płuc poza szczytami, wreszcie mixtum compositum, które od pewnego szeregu lat zwykło się określać terminem „zajęcie gruczołów wewnątrz klatki piersiowej". Wchodzą w tę rubrykę zarówno chorzy z objawami zupełnie wyraźnemi i umiejscowionemi

w szczycie czy w szczytach płuc, jak i ci, u których badanie fizykalne nie dostarcza zupełnie pewnych danych. Chory żąda odpowiedzi na pytanie, jakie jest jego cierpienie, a lekarz, nie mając narazie zupełnie skrystalizowanej koncepcji i podejrzewając sprawę gruźliczą, określa ją w sposób powyższy. Ile z tych tak często w gabinecie lekarskim czy przy łóżku chorego czynionych przez nas rozpoznań, jest istotnie gruźlicą,—trudno się zorjentować, chociażby dlatego, że bynajmniej nierzadko chorego takiego widzimy raz tylko i nie jesteśmy w stanie skontrolować słuszności własnego rozpoznania. Niekiedy przypadek pozwala nam sprostować niezupełnie słuszne w tym kierunku rozpoznanie nasze czy cudze, skoro udaje się stwierdzić (nieraz po dłuższym czasie) niegruźliczą przyczynę dolegliwości pacjenta; innym znów razem przekonywamy się, ku wielkiemu zdziwieniu, że w istocie mamy do czynienia wcale nie z początkiem, lecz z bardzo już posuniętą sprawą swoistą. Perjodyczne utyskiwania lekarzy zakładów dla chorych gruźliczych nad przysyłaniem do sanatorjum osobników, wolnych od gruźlicy i coraz częściej ukazujące się w czasopismach lekarskich artykuły o t. zw. rzekomych postaciach gruźlicy płuc — są dowodem, że omyłki nasze pod tym względem są bardzo częste. Niedoskonałość naszych metod badania, zarówno fizykalnego, jak i pomocniczych, powoduje niejedno tego rodzaju rozpoznanie omyłkowe. Należy jednak przyznać, że i niedostateczna obserwacja z jednej, zaś niewłaściwa interpretacja wyników badania z drugiej, przyczyniają się bardziej jeszcze do błędnych naszych rozpoznań początków gruźlicy. Stwarzamy w ten sposób sporą liczbę rzekomogruźliczych chorych, którzy z tem piętnem i związanemi z niem następstwami wędrują odtąd od lekarzy do lekarzy i od jednego zakładu lub miejscowości kuracyjnej do drugiej. Już sam ten wzgląd tylko winien być bodźcem do bardzo skrupulatnego rozważania wyników badania przed powzięciem decyzji co do zakomunikowania rozpoznania choremu.

Jednokrotne, jak już wspominałem, badanie chorego może nasuwać pewne podejrzenie co do swoistości zmian początkowych w płucach, podejrzenie to jednak nieraz musi przez czas pewien pozostać ukryte przed chorym. Nie należy wszak zapominać o tem, że zmiany, stwierdzane w szczycie czy w szczytach mogą być przejawem gruźlicy klinicznie zagojonej (t. zw. tbc.

obsoleta), że podobnie natknąć się możemy na postać poronną Barda, którą słuszniej Bernard nazywa *tuberculosis fibrosa localisata.* Mówić o początku gruźlicy płuc w obu tych wypadkach byłoby znacznem uchyleniem się od prawdy: w pierwszym dolegliwości chorego nie są najczęściej wywołane przez stare zmiany w płucach, zagojone klinicznie, istniejące oddawna i przedstawiające zejście a nie początek sprawy; w drugim mamy również do czynienia bynajmniej nie z początkiem sprawy swoistej, o której możnaby myśleć naskutek powtarzających się krwotoków. Sterling słusznie podkreśla konieczność wyodrębnienia tych dwóch postaci z ujętej przez niego w jego klasyfikacji grupy phthisis pulm. incipiens, co jednak niezawsze, przyznać należy, bywa rzeczą łatwą. Trudność zwiększa się, jeśli rozpoznanie ma opierać się na niedostatecznej obserwacji. Do tej właśnie kategorji rozpoznań wątpliwych zaliczyć należy bynajmniej nierzadkie przypadki, w których obraz chorobowy nabiera napozór większej jasności przez występowanie takich objawów, jak stan podgorączkowy i plwocina śluzowo-ropiasta, mniej lub więcej obfita, niekiedy z domieszką krwi. Od czasu do czasu widujemy takich chorych, którzy, naskutek niewyraźnych objawów fizykalnych w płucach, w zestawieniu ze stanem podgorączkowym i plwociną, uchodzą dłuższy czas za chorych na gruźlicę, aż wreszcie badanie górnych dróg oddechowych stwierdza w nich podostre lub przewlekłe zajęcie zatok nosowych, nieżyt zanikowy, niecuchnący nosa po jakiejś chorobie zakaźnej (co już kilkakrotnie udało mi się spostrzegać), nieżyt jamy nosowogardłowej i t. p. Przez zastosowanie odpowiedniego leczenia najczęściej udaje się sprawę wyświetlić. Cierpienia te mogą w ten sposób uchodzić za gruźlicę, zarówno w tych przypadkach, w których wogóle zmian swoistych niema, jak i w tych, gdy mamy w rzeczywistości do czynienia ze sprawą zaognioną w szczycie.

Dwa czynniki pomocnicze, które nieraz ułatwiają w tych okolicznościach zorjentowanie się w sytuacji, bywają i niedoceniane i przeceniane. Niedocenianem jest dokładne badanie plwociny, które, mam wrażenie, bywa naogół wykonywane zbyt rzadko. Niema potrzeby przypominać, że wynik ujemny badania plwociny na prątki, zwł. gdy wykonano je raz tylko, nie posiada znaczenia decydującego. Jakżeż jednak często bywamy wprost zdetonowani dodatnim wynikiem badania plwociny na

prątki Kocha (stwierdzane przytem w ogromnej ilości) w przypadkach, w których zmiany przedmiotowe są bardzo nieznaczne. Szkoła francuska z wielką słusznością zwraca uwagę na częste zaniedbywanie tej tak ważnej metody badania pomocniczego. Jako o rzeczy, znanej zresztą powszechnie, wspomnę jeszcze o potrzebie badania plwociny w przypadkach wątpliwych i pod względem morfologicznym, wzgl. chemicznym (białko), co, nierzadko, również może nam dać cenne wskazówki rozpoznawcze. W przypadkach ze zmianami płuc niewątpliwemi kilkakrotny ujemny wynik badania plwociny na prątki jest faktem wielkiej wagi i winien skierować poważnie uwagę naszą w kierunku doszukiwania się innej natury tych zmian (kiła, sprawy nieswoiste po zapaleniach i t. p.).

O ile wspomniany dopiero czynnik pomocniczy bywa przez nas n i e d o c e n i a n y, o tyle drugi—prześwietlanie promieniami R. bywa często p r z e c e n i a n y. Bynajmniej nierzadko rozpoznanie wyłącznie niemal bywa oparte na orzeczeniu rentgenologów. W dobie obecnej, kiedy, naskutek ciężkich warunków ekonomicznych, zmuszeni jesteśmy często, wbrew naszemu przekonaniu, posiłkować się li tylko prześwietleniem, zamiast zdjęciami i prześwietleniem klatki piersiowej, wynik tego badania tembardziej musi być brany z pewną osrożnością. Orzeczenia w postaci „zawoalowanie szczytów", „obłoczki w okolicy szczytu i obojczyka", „rozszerzenie cieniów wnęki", „smugi pasmowate" i t. p. należą do najczęstszych i choć właściwie nic nie mówią o swoistości sprawy—jeśli wogóle mogą być użyte, jako dowód obecności zmian chorobowych, przeważają w umyśle lekarzy szalę na korzyść swoistego zajęcia płuc czy gruczołów śródpiersia. Stąd ta ogromna liczba rozpoznań „początku gruźlicy płuc czy gruczołów". Dokładne zdjęcie winno być w tych razach rzeczą konieczną, o ile istotnie podejrzenie gruźlicy staje się poważnem. Powiadam „dokładne zdjęcie", gdyż zdjęcia nierzadko szwankują pod względem wyrazistości (niebardzo ostre lub wykonywane niezupełnie odpowiednią rurą i t. p.) i interpretacji. Odnosi się to zarówno do bardzo drobnych zmian w miąższu płuc, jak i do nierzadko rozpoznawanych niewielkich jam. Szybkie znikanie tych jam po względnie krótkiem leczeniu klimatycznem przemawia za tem, że były to nie jamy, lecz nacieczenia obokoskrzelowe.

Sprawiedliwość wymaga jednak, by podkreślić tu jedno-

cześnie niezwykłą doniosłość promieni R. w wykrywaniu jam istotnych, o których istnieniu nie myśli się nawet na podstawie badania fizykalnego. Przyznaję, że początkowo podobne wyniki kontroli zapomocą promieni R. detonowały mnie mocno; pozostające jednak pod tym względem bez rezultatu powtórne najdokładniejsze badania w celu wykrycia jamy, już po otrzymaniu odpowiedzi od rentgenologa, przekonały mnie, że istnienie t. zw. jam niemych (cavernes muettes francuzów) nie należy bynajmniej do rzadkości. Burnan i Carrard (Presse méd. 1922, Nr. 48) powiadają nawet, że połowa jam w płucach nie daje objawów wysłuchowych (sont muettes a l'auscultation). Przyznaję, że w ostatnich czasach częściej widuję tego rodzaju przypadki. Jest to najlepszy dowód, jak wielkie znaczenie posiada dobre zdjęcie w sprawie rozpoznawania wogóle gruźlicy płuc a jego „początków" w szczególności. Bez zdjęcia chorzy tacy uważani byliby istotnie za mających początki sprawy swoistej, co niejednokrotnie mogłoby mieć niepożądane skutki w postaci nieodpowiedniego postępowania leczniczego.

Bądź co bądź tego rodzaju przypadków żadną miarą za „początki" gruźlicy płuc uważać nie można, mimo że według klasyfikacji Sterlinga, dążącej do niejakiego ujednostajnienia, należą one do phtisis pulmonum chron. incipiens.

Opierać się li tylko na badaniu fizykalnem w rozpoznawaniu „początków" tbc. nie można jeszcze i dlatego, że bynajmniej nierzadko, jak wiadomo, uchodzą naszego słuchu zmiany guzowate, stwierdzane w innych częściach płuc prom. Roentgena.

Bardziej jeszcze daje się we znaki to przecenianie wyniku badania promieniami R. w całej masie tak często obecnie rozpoznawanych przypadków zajęcia gruczołów śródpiersia. Niewielkie, dłużej trwające podniesienia ciepłoty, poparte wyżej już wzmiankowanem orzeczeniem co d okolicy wnęki, wystarczają, by rozpoznanie zostało ustalone w kierunku gruźlicy gruczołów śródpiersia. W rzeczywistości sprawa bynajmniej nie jest tak prosta, jak ją często ujmują. Osobiście uważam ścisłe rozpoznanie gruźlicy gruczołów śródpiersia za jedno z trudniejszych zadań. Już samo położenie tych gruczołów i ich stosunek do organów sąsiednich jest przyczyną, że cierpienie ich bynajmniej niezawsze musi powodować powstawanie zupełnie wyraźnych objawów przedmiotowych. Sytuacja utrudnia się przez to, że

w pewnym wieku większość osobników po przebyciu t. zw. zakażenia pierwotnego może mieć stare zmiany w okolicy wnęki płuc, bynajmniej nie stojące w związku z obecnem niedomaganiem. Nie należy bowiem zapominać, że osobnik taki może zapadać na cały szereg spraw chorobowych, nie mających nic wspólnego z przebytem zakażeniem gruźliczem. Co więcej, musimy mieć na względzie i ten fakt, że stwierdzenie powiększenia gruczołów śródpiersia nawet w wieku dziecięcym niezawsze bynajmniej musi być natury gruźliczej. Wiemy wszak już obecnie z całą dokładnością, że niektóre ostre choroby zakaźne (w pierwszej linji grypa) z dużą predylekcją szerzą się w gruczołach śródpiersia, powodując niekiedy przez czas dłuższy szereg objawów od tego zależnych i z biegiem czasu mijających bez śladu. Niejakie znaczenie pomocnicze ma pod tym względem odczyn Pirqueta, choć też tylko względne. Interesujące są pod tym względem spostrzeżenia Myers'a i Kuen Tsianga (Amer. Rev. of Tub. t. 11, z. 5), przeprowadzone na 1412 dzieciach i wykazujące, że w przeszło 50% przypadków o dodatnim wyniku badania prom. R. na obecność zwapnień w gruczołach wnękowych odczyn Pirq. był ujemny. Potwierdza to zdanie, już wyżej powiedziane, że zmiany we wnękach u dzieci mogą nie być natury gruźliczej, a co za tem idzie, że i dzieci z dodatnim Pirq. i mające na zdjęciach pewne zmiany w okolicy wnęki, niekoniecznie muszą mieć gruźlicę tej okolicy. Są to tylko dowody, jak ostrożnym należy być w rozpoznawaniu tego cierpienia, tembardziej, że i inne objawy zajęcia gruczołów wnęki, jak d'Espine'a, Neissera, Oscara de la Camp, Petruschky'ego i t. p. bardzo często wcale nie dają się stwierdzić, a i stwierdzone objektywnie nie są same przez się bezwzględnym dowodem cierpienia gruczołów śródpiersia. Jak i najczęściej bywa, jedynie zespół tych objawów w zestawieniu z wynikiem badania krwi (odczyn Biernackiego, zmiany mortol.) i na podstawie dłuższej obserwacji może bardziej wyjaśnić sytuację, o której samo tylko zdjęcie Roentg. żadną miarą decydować nie może i nie powinno.

Uwagi powyższe bynajmniej nie wyczerpują całej sprawy, do czego zresztą nie mają pretensji, i nie przynoszą nic szczególnie nowego. Codzienna jednak niemal obserwacja przekonywa, że są one wciąż jeszcze na czasie. Nie ulega bowiem

wątpliwości, że w zakresie rozpoznawania gruźlicy płuc grzeszymy często, zarówno w kierunku lekceważenia zmian istotnych, jak częściej jeszcze, w kierunku uznawania za pewne tego, co być winno, co najmniej przez czas pewien, uważane jeszcze za wątpliwe. Że odbija się to fatalnie na statystyce, obejmującej według obowiązujących u nas klasyfikacji t. zw. phtisis pulm. chr. incipiens — jest jasne samo przez się.

Rozpoznanie „początków" gruźlicy płuc u pacjenta nie jest sprawą tak błahą, jak rozpoznanie jakiegoś przemijającego cierpienia niewinnego. Jest to zawsze rozpoznanie p o w a ż n e, które w skutkach swych nieraz prowadzi do radykalnego przewrotu w życiu nietylko jednostki chorej, lecz i całej jej rodziny. Winno być tedy ustalane z dużą ostrożnością.

---

Z oddziału oto-laryngologicznego i płucnego (Ordynator: L. Lubliner)

*Kierownikowi oddziału w 40-lą rocznicę Jego pracy szpitalnej.*

# O leczeniu gnilnych schorzeń płucnych.

Podał
**A. Bieleńki.**

Sprawami gnilnemi określamy cierpienia dróg oddechowych, w których, z przyczyn bliżej nieznanych, rozwijają się w ogniskach zapalnych (lub wogóle patologicznie zmienionych) bakterje gnilne, przyczem często tworzą się pojedyncze lub mnogie jamy, zawierające produkty rozpadu i rozkładu.

Cierpienia te odznaczają się w przebiegu, prócz objawów ogólnych, głównie tem, że wydech chorego i wydzielina mają przenikliwy, wstrętny, mdławocuchnący zapach gnilny, nie do zniesienia.

Z klinicznych postaci spraw gnilnych w płucach znane są — gnilne zapalenie oskrzeli, rozstrzeń oskrzeli, ropień i zgorzel płuc.

Etiologja niektórych z tych schorzeń jest dotąd nieustalona, co podkreśla między innymi i B e z a n ç o n, mówiąc o rozstrzeni oskrzeli. Inne zaś cierpienia gnilne, jak ropień i zgorzel płuc, powstają: 1) po schorzeniach płucnych o charakterze zapalnym, 2) z przerzutów w związku z różnemi sprawami ropnemi w in-

nych narządach, 3) przez wycieńczenie organizmu podczas lub po chorobach zakaźnych.

Ostatnio, szczególnie w piśmiennictwie amerykańskiem, podkreślają częste ropnie płuc po operacji na górnych drogach oddechowych, zwł. po tak częstej wycięcia migdałków. Hedblom z kliniki Mayo podkreśla, że odsetek ropni płuc wzrasta w związku z tonsillotomją; Greer podaje 75% ropni płuc, jako powikłanie po zabiegach na migdałkach.

Raffo, opierając się na badaniach doświadczalnych Mullina i Rydera, stwierdzających w płucach królików zarazki, wstrzyknięte im do nosa i jam obocznych, podkreśla, że zarazki gnilne w rozstrzeni oskrzeli pochodzą z górnych dróg oddechowych. Są przypadki z przewlekłą sprawą gnilną w płucach, gdzie przyczyną było obce ciało, stwierdzone dopiero na sekcji (Brugsch). Niektórzy uważają, że wogóle wszystkie te schorzenia są tylko skutkiem zanieczyszczenia zarazkami gnilnemi jakiegoś zmienionego chorobowo ogniska w płucach. Dziwny jest tylko fakt że w jamach gruźliczych tak rzadko szerzą się zarazki gruźlicze.,

W szpitalu, gdzie jest dużo gruźlicy jamistej, obserwowaliśmy tylko 2 przypadki zgorzeli, połączonej z gruźlicą. Caussade, Tardieu, Rozental przytaczają również 2 przypadki gruźlicy, powikłanej zgorzelą; Lemierre mówi o zgorzeli w przebiegu prosówki.

Czy nie zależy to, być może, od cech biologicznych lasecznika kwasoodpornego? Rouhier przypuszcza, że i tlenowce w niektórych warunkach mogą wywołać zgorzel płuc.

Obserwowaliśmy na oddziale dr. Lublinera 15 chorych z płucną sprawą gnilną. U 9-iu przyłączyło się ono do schorzenia zapalnego w płucach (pneumonia et bronchopneumonia) przeważnie u ludzi młodych, często w wieku 17—20—30—53 lat, poprzednio zupełnie zdrowych. Spostrzeżenie to nie potwierdza poniekąd poglądu tych klinicystów, którzy uważają, iż na schorzenia tego rodzaju zapadają przeważnie organizmy wycieńczone (Lubarski). Nie obserwowaliśmy natomiast ani jednego przypadku z powodu zabiegu na górnych drogach oddechowych.

Leczenie schorzeń tych dawniej, a poniekąd i obecnie, było jedynie objawowe. Chorym dawano środki balsamiczne, odwaniające, odkażające (Ol. Eucalypt., Ol. Terebinthini rectif., Myrtol i in.), następnie wykrztuśne i rozrzedzające zawartość jam; pozatem

ogranicza się podawanie płynów; dla sprzyjania opróżnieniu jam układano chorego (podług Quinckego) z opuszczoną głową. Naturalnie, należy zawsze dbać tu o stan ogólny i działalność serca (dobre odżywianie, leczenie klimatyczne i środki nasercowe). Niektórzy, w szczególności francuzi, zalecają nastój z czosnku.

Przy tej terapji % śmiertelności był jednak b. znaczny. Osiągano chwilowe polepszenie, lecz chorzy zazwyczaj ginęli na skutek objawów posoczniczych, wzgl. toksycznych, aczkolwiek zarówno z piśmiennictwa, jak z własnego doświadczenia, wiemy, że nastąpić może samowyleczenie ropni płuc.

Ostatnio stwierdzono w klinice i doświadczalnie, że w schorzeniach tych prócz strepto-staphylo i pneumokoków prawie zawsze znajdują się pałeczki wrzecionowate i krętki (Bykowa). Rozpoczęto więc leczenie przyczynowe; stosowano szczepionki mieszane (Girbol), autoszczepionki, surowicę przeciwzgorzelinową (Weinberger, Dersca, Alexandrescu i Athanasiu). Terapja ta, jako samoistna, nie dała jednak wyników dodatnich, a przeto zaczęto stosować ją w połączeniu z odmą (Emil-Weil, Denéschau).

Od roku 1914, t. j. od czasu pierwszych spostrzeżeń Plauta i Beckera, zaczęto stosować salvarsan. Środek ten w różnych krajach, pod różnemi nazwami, znalazł dość szerokie zastosowanie w tych schorzeniach. Oscar Gross, Becker, Curschman, Bakmeister, Parisot et Caussade i wielu in. podkreśla dodatnie wyniki tej terapji. Klin i Berger ogłosili 18 przypadków zgorzeli, wyleczonej zupełnie salvarsanem; środek ten uważają oni za swoisty. Riccitelli et Belucci osiągnęli również dobre wyniki i w kilku wypadkach wielkiej rozstrzeni oskrzeli. U oddziałowych chorych stosowaliśmy salvarsan w 15 przypadkach; wyniki były dodatnie u 8 chorych: znikał cuchnący zapach gnilny, gorączka opadała i często znikała, wydzielina się zmniejszała, stan ogólny poprawiał się, łaknienie polepszało, waga chorych się zwiększała.

Jako przykład oto następujący przypadek.

N. K., lat 53, zachorował przed tygodniem: kłucie w boku prawym, wysoka t°, duszność; często kaszel męczący i cuchnąca wydzielina koloru czekoladowego. Poprzednio zdrów. Przed 5 laty — zapalenie płuc. St. ob.: prawidłowej budowy, odżywienia miernego, tętno 120, oddech przyśpieszony, cuchnący. W płucu pr. u górnego płata z przodu, a z tyłu od góry do dołu, stępienie, drżenie głosowe nieco osłabione, oddech o charakterze oskrzelowym w kaszlu wilgotne

rzężenia. Rentgen: górny płat zupełnie zaciemniony; na tle zgęszczenia, szczg. z tyłu, jama wielkości jabłka. Plwocina cuchnąca, koloru czekoladowego, bez laseczników Kocha, krętków i pałeczek wrzecionowatych.

Zastosowano salvarsan co 3—4 dni i już po 4 zastrzyku t⁰ spadła do normy; plwocina ropna bez zapachu. Kaszel słaby, łaknienie dobre, samopoczucie również. Rtg. w 2 tygodnie po ostatnim zastrzyku: nacieczenie górnego płata znikło, widoczna jama wielkości mandarynki, zawierająca powietrze i płyn.

Skuteczność salvarsanu usiłowano poniekąd tłumaczyć wpływem na krętki i pałeczki wrzecionowate. Ale już Curschman zwrócił uwagę, że należy go stosować wszędzie, niezależnie od wyników badania plwocin.

Otrzymaliśmy dobre wyniki po terapji salvarsanowej w przypadkach, gdzie krętków nie wykryto, w 4 zaś, gdzie krętki wykryto, salvarsan efektu leczniczego nie dał; były to przypadki przebiegające błyskawicznie.

Ale i leczenie salvarsanem nie zawsze daje wyniki zadowalające; zdarzają się nawroty, szczeg., w przypadkach z jamami. Występują czasami krwotoki, nawet groźne. Luki te starała się usunąć chirurgja płucna. Zabiegi chirurgiczne stosowano różne. Niektóre, jak pneumotomja i lobektomja, z podwiązaniem naczynia, zasilającego chory płat, wykonywa się rzadko ze względu na znaczny % śmiertelności. Próbowano wywołać zanik jamy płucnej zapomocą ucisku z zewnątrz. Według Deneschau 1-szy zaproponował odmę w zgorzeli płucnej Forlanini w r. 1910, ale stosowano ją dość oględnie (w r. 1923 Tillman podał z piśmiennictwa światowego i swoich tylko 70 przyp. odmy przy rozstrzeni, oskrzeli, zgorzeli i ropni płuc). Obecnie liczby te są znacznie większe. Gréer, Michon, Parisot et Caussade, Kohlhans, Brünecke, aunas Szour, Held, Marjanko, Misiewicz podkreślają dodatnie cechy odmy, szczególnie u chorych ciężkich, osłabionych, u których zabieg większy jest wogóle wyłączony.

Hedblom uważa, że odmę należy stosować zawsze, gdzie tylko się udaje, w razie przeciwnym zastosować torakoplastykę. Winner twierdzi, że odma powinna być wypróbowana przed każdym poważniejszym zabiegiem chirurgicznym. Ale odma może mieć zastosowanie przeważnie w przypadkach świeżych, kiedy

jeszcze niema zrostów opłucnych, a zrosty takie tworzą się bardzo wcześnie (D'Asincourt et Garié podają, że 80%). Odma jest celowa, jeżeli ognisko leży blisko u wnęki płucnej. Ogniska stare często nie poddają się uciskowi (ściany rozstrzeni oskrzeli oraz jam płucnych są zgrubiałe i stwardniałe). Stosowaliśmy odmę w 6 przyp., w jednym z tych w ciężkiej zgorzeli po uprzedniem zastosowaniu salvarsanu odma po 4 insuflacjach dała zupełne wyleczenie. (Chorą pokazano w marcu r. 1923 na posiedzeniu klinicznem w szpitalu wyleczoną; jest zupełnie zdrowa i obecnie). 2-gi chory — również po leczeniu kombinowanem (salvarsan z odmą) był wypisany w dobrym stanie, który trwał nadal. W 4 przypadkach zrosty uniemożliwiły zastosowanie odmy. Podkreślimy, że zapomocą odmy o ile uda się tłoczyć do wolnej przestrzeni opłucnej, osiągamy wyniki dodatnie już po 3—4 wdmuchiwaniach, gdy w gruźlicy trzeba je dłuższy czas uzupełniać.

Gdy ognisko jest w dolnym płacie i są zrosty opłucne, przeponowe, Davies, Morriston, Rist, Chauffard, Laroch, Burele stosują z wynikiem dodatnim frenikotomję, operację opisaną i uzasadnioną teoretycznie przez Stuertz'a w r. 1911.

Zastosowaliśmy zabieg ten w 3-ch przypadkach chronicznego ropnia w dolnym płacie. Po uprzedniem zastosowaniu salvarsanu została wykonana phrenicus exaeresis (kol. Goldstein na oddz. d-ra Sołowiejczyka), rentgenograficznie zostało stwierdzone uniesienie przepony. Chorzy spluwali przez kilka dni dużo plwocin ropnych, gorączka opadła (u 2 chorych tej grupy niebawem wróciła); 3 chory poprawił się, niekiedy ma podniesienie ciepłoty ciała, kaszel męczący, z obfitą plwociną.

Doświadczenie lat ostatnich dowiodło, że dobre wyniki osiąga się przez zastosowanie operacji Sauerbrucha, t. j. torakoplastyki (przykręgowej resekcji żeber). Przez tę operację następuje najlepiej zapadanie się jamy ogniskowej (operacja to dwuczasowa, t. j. resekuje się 6—7 żeber dolnych, a w 3 tygodnie pozostałe żebra górne).

Zastosowaliśmy zabieg ten w przypadku zgorzeli ciężkiej dolnego płata lewego płuca (kol. Goldstein: resekcja 7-miu żeber dolnych). T° spadła, wydzielina i kaszel zmniejszyły się, waga przybrała), nie zgodzono się jednak na drugi czas zabieg.

Mc Crae Tomas Elma, u nas Erbrich, podają przypadki wyleczenia zapomocą bronchoskopu. Leczenie polega na usuwaniu pod kontrolą bronchoskopu ziarniny, która zamyka otwór wyprowadzający z oskrzeli. Jednocześnie wlewa się środki balsamiczne i odkażające. James, Alexander Miller zwracają uwagę na częste powikłania przy tym zabiegu, jak krwotoki i ruptury płuca. Minor wogóle wątpi o skuteczności tego zabiegu (nie usuwa otoczki ropiejącej); to samo podkreśla Mayerson, który stosował bronchoskop, ale w przypadkach ostrych, w przewlekłych zaś efektu nie osiągał.

Na naszym materjale terapji tej nie stosowaliśmy.

Zestawiając powyższe, dochodzimy do wniosków następujących:

1) salvarsan bardzo często usuwa cuchnącą wydzielinę i daje znaczne polepszenie stanu ogólnego. Niekiedy daje zupełne wyleczenie; jest środkiem nieszkodliwym, należy go więc stosować w każdym przypadku sprawy gnilnej w płucach;

2) salvarsan należy stosować i w tych przypadkach, gdzie zostaje wykonany zabieg chirurgiczny, czy to odma, czy to torakoplastyka, gdyż, jako środek odkażający, działa niszcząco na zarazki, wywołujące gnicie;

3) jeżeli skutek po leczeniu salvarsanem jest nikły, albo jest dodatni tem, że zapach cuchnący znika, a natomiast objawy rozpadowe pozostają, należy zastosować odmę, gdyż w razie powodzenia osiągamy wyleczenie, nie narażając chorego na ciężki zabieg chirurgiczny;

4) torakoplastyka, zdaniem większości klinicystów, daje dobre wyniki, ale stosować ją należy po wyczerpaniu wyżej wymienionych środków leczniczych;

5) frenikotomja (phrenicusexaeresis), jako zabieg lekki, może być zastosowana pomocniczo przy niekompletnej odmie z powodu zrostów w dolnej części płuca; jako zabieg samoistny daje wyniki wątpliwe;

6) pierwszorzędne znaczenie mają i tu zawsze warunki higjeniczne, klimatyczne i troska o ogólny stan chorego.

*Kierownikowi oddziału oto-laryngologicznego*
*Dr. L. Lublinerowi*
*w 40-tą rocznicę Jego pracy szpitalnej*

# Zachowawczość w oto-chirurgji.

P o d a ł

**B. Chorążycki (sen.)**

Okres wielkiej oto-chirurgji trwa już około 40 lat. Obecnie daje się we znaki pewna fala powrotna na korzyść t. zw. operacji zachowawczych, szczędzących. Nawet tacy radykalni operatorzy, jak J a n s e n, V o s s, N e u m a n n i inni, coraz rzadziej stosują typową operację doszczętną i wprowadzają w swoich klinikach system zachowawczy, gdyż się przekonali, że chorych nie zadowala już tylko to, że po operacji nie będą już mieli powikłań wewnątrzczaszkowych. Specjaliści stoją obecnie na stanowisku, że nie można się liczyć wyłącznie ze wskazaniami chirurgicznemi i że wiele przypadków należy traktować z punktu widzenia czysto otologicznego, zwł. gdy jednem uchem chory już nie słyszy, a grozi mu doszczętna operacja drugiego. Obustronne przewlekłe ropienie ucha środkowego wymaga od lekarza największej uwagi i wszelkich środków leczenia zachowawczego, zanim ma się zdecydować na interwencję chirurgiczną.

Nie ulega wątpliwości, że starzy otolodzy byli większymi mistrzami leczenia zachowawczego, a młodsze pokolenie, wychowane podczas rozkwitu wielkiej oto-chirurgji, mało wie o zabiegach, które były stosowane przez starych specjalistów. Dość przypomnieć tutaj o tenotomach, kleszczykach i haczykach do ekstrakcji kostek słuchowych, nożyczkach do przecinania długiego wyrostka kowadełka i stawu kowadełko-strzemiączkowego, lustereczkach do oświetlenia i obejrzenia uchyłka nadbębenkowego, łyżeczkach do skrobania tegoż uchyłka, rureczkach i aspiratorach do przepłukiwania i wydalania płynów, szpryckach do przemywania jamy bębenkowej przez tubę, przyrządach do wprowadzania środków kaustycznych, do przymocowania t. zw. sztucznych błon bębenkowych i t. d.,— żeby ocenić, jak bardzo zostało zaniedbane przez ostatnie pokolenie otologów leczenie zachowawcze przewlekłych spraw zapalnych ucha środkowego. Prawdą jest, że dość często leczymy takie sprawy miesiące i lata całe

bez widocznych wyników i w końcu jesteśmy zmuszeni dokonać doszczętnej operacji celem uratowania życia chorego, gdy nagle nastąpiło groźne powikłanie. Z drugiej zaś strony, widzimy chorych, którzy się cieszą z najmniejszej poprawy słuchu wskutek leczenia zachowawczego i szczęśliwi są, że mogą wprowadzić do obnażonej jamy bębenkowej kawałek waty, zamoczonej w olejku, żeby w ten sposób łatwiej uchwycić mowę ludzką.

Do leczenia zachowawczego zachęca nas również w znacznym stopniu obserwacja i wtedy, kiedy sama natura dokona samoistnej operacji szczędzącej, gdy u górnego bieguna błony bębenkowej utworzy się otwór, obejmujący zazwyczaj błonę Shrapnella i przylegający brzeg ściany zewnętrznej uchyłka nadbębenkowego. Nieraz otwór ten rozszerza się do tego stopnia, że niszczy znaczną część tej ściany i przechodzi też na tylną ścianę przewodu zewnętrznego, która może nawet całkowicie ulec zniszczeniu, jak to pokazałem przed laty w Sekcji Oto- Lar. Warsz. Tow. Lek. i opisałem w Monatsschr. f. Ohrenh. w r. 1910.

Tam guz perlisty wyżarł był całą zawartość wyrostka sutkowego i w dziwny sposób oszczędził nerw twarzowy, który leżał zupełnie obnażony na całej długości od kolana tępego aż do foramen stylo-mastoideum, co też można było widzieć przez przewód zewnętrzny, gdyż jego ściana tylna również całkowicie była zniszczona.

Tak więc droga w ten sposób przez naturę wytknięta, jest najwięcej szczędzącą, jakby i drogą idealną, naturalną. Z drogi tej starzy otolodzy już dawno korzystali; otwór u górnego bieguna błony bębenkowej był za mały, starali się go rozszerzyć dłótkiem lub specjalnemi kleszczykami, nawet trepanem elektrycznym. Körner ogłosił już w r. 1899 w pracy: „Die eitrigen Erkrankungen des Schläfenbeins" 4 takie przypadki, w których rozszerzył otwór zapomocą trepana elektrycznego.

Gyergyay w r. 1923 na zjeździe niem. oto-laryngologów w Kissingen, okazując trepan własnego pomysłu do tego celu, właściwie nie pokazał rzeczy nowej, miał tylko słuszność, że operacja przez przewód zapomocą dłótka jest dość niebezpieczna. Ostatnio prowadziłem na szeregu czaszek i kości odnośne pomiary i doszedłem do wniosku, że normalnie odległość tylno-górnego odcinka margo tympanicus od zewnętrznego (poziomego) kanału półkolistego wynosi 4 – 5 mm., w przypadkach zaś ze słabym rozwojem ogólnej pneumatyzacji kości skroniowej od-

ległość ta może dojść do 4 mm, a nawet poniżej. Trepan Gyergyaya i Körnera ma guzik na końcu, którym szlifuje brzeg annulus tympanicus ze środka na zewnątrz i w ten sposób nie może zranić kanału półkolistego i nerwu twarzowego.

Są jednak otolodzy, którzy szczęśliwie operują ze strony przewodu przy pomocy dłótka. Fritz Thies z Lipska zakomunikował na wspomnianym Zjeździe w Kissingen, że od r. 1907 zoperował (prawdopodobnie razem ze swym bratem Karolem) tą drogą doszczętnie więcej niż 1200 przypadków, a v. Eicken w r. 1922 przyglądał się u Thiesa tym operacom i przekonał się, że droga ta jest najkrótsza, najprostsza i najwygodniejsza, aby obnażyć wszystkie przestrzenie ucha środkowego. Carlowitz operował tak przeszło 500 przypadków, a Jansen oświadczył, że nauczył się cenić ten sposób operowania.

Z powyższego widzimy, że oto-chirurgja przeżywa obecnie pewien przewrót i że poważni klinicyści już en masse operują przez przewód zewnętrzny, nie zadowalają się nieznacznem rozszerzeniem otworu u górnego bieguna błony bębenkowej, lecz wykonywują tą drogą prawdziwą doszczętną operację. Jeżeli przewrót ten został dokonany dopiero w ostatnich latach, to trzeba jednak przyznać, że idea operowania przez przewód jest o wiele starsza niż typowa doszczętna operacja z zewnątrz, a nie została rozpowszechniona tylko, jak słusznie twierdzi Carlowitz, z powodu niedoskonałości znieczulenia miejscowego. Dopiero po wprowadzeniu przez v Eickena i Neumana infiltracji miejscowej (novocain+adrenalin) przewodu zewnętrznego, która powoduje nie tylko znieczulenie, lecz też niedokrwienie miejscowe, operacja przez przewód stała się możliwa. Zaczęto przypominać sposoby już dawno opisane i stosowane. Oczywiście nie wszystkie stare sposoby zasługują na uwagę. Przytoczę Loewego (Arch. f. Ohrenh B. 33 1891), który w czterech przypadkach zastosował bormaszynę dentystyczną celem przedziurawienia zewnętrznej ściany uchyłka nadbębenkowego. W 2 przypadku ranił nerw twarzowy i wogóle otrzymywał otwory niewystarczające. Hartman i Dench skonstruowali specjalne podwójne dłótka, które były jednak niezdatne do usunięcia całej tej ściany lub nawet znacznej jej części. Niebawem przekonano się, że bez odłuszczenia przewodu błoniastego nie sposób przeprowadzić mniej więcej wystarczającej attikotomji przez przewód.

To też w początku lat dziewięćdziesiątych Stacke opracował specjalną metodę („operacja Stack'ego Nr. 1"), która polega na następującem. Jeżeli przewód jest dość szeroki, odłuszcza się tylko górno-tylną część jego; jeżeli zaś jest wąski, to się odłuszcza go ze wszystkich stron i wyciąga z łoża po uprzedniem przecięciu poprzecznem u samego annulus tympanicus. Wtedy ma się dobry dostęp do błony bębenkowej, którą w razie potrzeby cienkim nożem oddziela się u góry od *margo tympanicus*, i odpowiedniemi dłótkami odbija zewnętrzną ściankę uchyłka nadbębenkowego. Zdejmuje się jaknajwięcej kości, żeby wygięty do góry zgłębnik, wprowadzony do uchyłka i cofnięty, nie natrafił na zwieszającą przeszkodę. Po dokonanej attikotomji widać duże kosteczki słuchowe in situ. Schwartze uważał operację tę za bezpieczną i łatwo wykonalną, choć sam dążył do obnażenia uchyłka nadbębenkowego przez operację zewnętrzną (Handbuch d. Ohrenh., T. II. str. 788).

W r. 1890 Hartmann ogłosił metodę, która również dążyła do wyłączenia ogniska ropiejącego w uchyłku nadbębenkowym przez antrotomję zewnętrzną. Wówczas różni badacze, niezależnie jeden od drugiego, pracowali nad tym samym tematem. Słusznie mówi Koerner, że to leżało wtedy, jakby w powietrzu że wszyscy byli pod wpływem pracy Küstera „Ueber die Grundsaetze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Hoehlen" (Deutsche med. W., 1889). I v. Bergmann i Lucae i Koerner i inni wykonywali już wtedy doszczętną operację, ale po uprzedniej antrotomji zewnętrznej, gdyż operacja przez przewód w znieczuleniu ogólnem z powodu krwawienia i organiczonego terenu operacyjnego była nadzwyczaj trudną. Stacke jednak nie zrzekł się drogi naturalnej i już w r. 1891 ogłosił swą pierwszą pracę o doszczętnej operacji przez przewód, która jest właściwie rozszerzeniem lub dalszym ciągiem jego attikotomji. W pracy tej Stacke zaleca swój ochraniacz, który wprowadza po dokonanej attikotomji do antrum i pod ochroną jego odbija tylko ścianę przewodu, posuwając się ze środka na zewnątrz. Praca ta ma historyczne znaczenie jeszcze z tego względu, że w niej po raz pierwszy mowa o płacie, wykrojonym z przewodu błoniastego i wprowadzonym do wyskrobanej jamy kostnej w wyrostku sutkowym (płat Stacke'go).

Metoda Stack'ego doznała wielkiego rozgłosu, lecz sto-

sunkowo małego rozpowszechnienia, gdyż sprawa znajdowała się więcej w rękach chirurgów niż otologów. Rzecz jasna, że chirurgowie woleli operować z zewnątrz bez reflektora w świetle dziennem albo sztucznem, prostopadłem. Otolodzy, jak zaznaczyliśmy wyżej, nie znali jeszcze wtedy infiltracji miejscowej, a operowanie przez przewód w znieczuleniu ogólnem było prawdziwą „krecią robotą". Schwartze przechylił się na stronę chirurgów i rozszerzył swoją antrotomię zewnętrzną do rozmiarów „operacji doszczętnej" i w ten sposób powstała operacja, która powinna była zadość uczynić wymaganiom chirurgów, jak i otologów. W świecie otologów powstała pewna konsternacja: metoda Stacke'go ma to pierwszeństwo, że przez przewód i aditus zawsze można się dostać do antrum, nawet jeżeli ono jest małe i ukryte, metodą zaś zewnętrzną można czasami nie natrafić na nie. Schwartze się zrzekł tego atutu i poszedł raz obraną drogą zewnętrzną, pozostawiając swemu b. asystentowi Stacke'mu krecią robotę przez przewód (C'est la suppression pure et simple de Stacke, mówią o tem Broca i Lubet-Barbon (podług Körnera, ib. S. 90.)

A jednak Schwartze miał słuszność, gdyż tylko dzięki metodzie operacji zewnętrznej rozwinęła się wielka chirurgja uszna, obejmująca nie tylko sam wyrostek, lecz też powikłania wewnątrzczaszkowe, okołozatokowe i apikalne, zarówno jak i operacje plastyczne. Do zabiegów przez przewód pozostało stosunkowo ograniczone pole niepowikłanych przewlekłych ropni ucha środkowego, gdy zachowawczość jest wskazana, zwł. tam, gdzie kwestja zachowania i nawet poprawy słuchu stoi na pierwszym planie. Nie trzeba atoli zapominać, że do zachowawczości dążyli nie tylko ci, którzy operowali przez przewód. W pierwszym okresie wielkiej otochirurgji rzeczywiście nie szczędzono ani błony bębenkowej, ani kostek słuchowych. Zresztą i Stacke sam, opracowując swoje metody operacyjne przez przewód również uważał za niezbędną część operacji doszczętnej, usunięcie błony i kostek. Ale już w r. 1897 i 1899 na zjazdach otologicznych (Verh. d. Deut. Otol. Ges. 1897 i 1899) Stacke wskazał na to, że w wielu przypadkach przy operacji przez przewód zostawia błonę i kostki słuchowe in situ, zwł. gdy pars tensa błony jest całkowicie zachowana, a kostki mało ucierpiały od przewlekłego ropienia. Przy operacji zewnętrznej Schwartze jeszcze wcześniej stoso-

wał zasadę szczędzenia błony i kostek (Handbuch, T. II str. 891, r. 1893) i zarzucał Küsterowi bezwzględność przy operacji doszczętnej. Po nim (Siebenmann, Heath i inni) ogłosili wyniki operacji szczędzących, a w r. 1910 na 82-m zjeździe przyrodników i lekarzy w Królewcu Streit referował o swej metodyce w zabiegach zewnętrznych, które należy ściśle różnicować i indywidualizować zależnie od zmian chorobowych, wszystkie grupują się jednak dookoła szczędzącej operacji doszczętnej (z utrzymaniem kostek słuchowych i błony bębenkowej), przyczem, albo są zbliżone więcej do zwyczajnej antrotomji, albo do typowej operacji doszczętnej. Główną cechą jego operacji jest utrzymanie tylnej ściany kostnej przewodu na takiej przestrzeni, na jakiej tylko się da, zależnie od zmian chorobowych, przewód zaś błoniasty zostawia się in situ. Należy tamponować i z tyłu i przez przewód, dążyć do wypełnienia antrum ziarniną oraz epidermizacji przestrzeni nadbębenkowej, gdy nastąpiło zupełne odgraniczenie antrum od ucha środkowego. Jest to poniekąd „odwrotny Stacke", bez plastyki przewodu, prowadzący bezpośrednio do metody Barani'ego, który również zostawia przewód in situ, t. j. nie robi plastyki.

Nie sposób wyliczyć tutaj wszystkich autorów oraz metody ogłoszone w ciągu 40-letniego okresu wielkiej otochirurgji. Z powyższego widzimy, że metodyka, jak i same zasady postępowania operacyjnego, zmieniała się, niektóre na pewien czas przechodziły w zapomnienie, ale następnie znów powracały. Na ostatnim zjeździe oto-laryngologów niemieckich w Hamburgu (w maju 1925 r.) Beyer (Berlin) wygłosił odczyt: „Refleksje o operacji doszczętnej, attikoantrotomji i operacji zachowawczej". Jednocześnie Beyer przedstawił własny sposób operowania, który w zasadzie niczem się nie różni od sposobów Hartmana i Schwartze'go na początku ery wielkiej oto-chirurgji. I znów wszystko się obraca około kwestji wyłączenia ogniska ropiejącego z przestrzeni nadbębenkowej, a technicznie około sposobów usunięcia górnej ściany przewodu zewnętrznego, która jest zarazem zewnątrzną ścianą przestrzeni nadbębenkowej. Wobec wybitnego znaczenia tej ściany dla chirurgji usznej, postanowiłem poddać ją ścisłym badaniom anatomicznym na szeregu czaszek i kości i o wynikach ich przedstawiłem już krótkie sprawozdanie

tymczasowe na posiedzeniu klinicznem „Medycyny Społecznej" 9 kwietnia r. b.

Kończąc szkic niniejszy, stwierdzam z zadowoleniem, że bodźcem do skreślenia jego jest 40-lecie pracy szpitalnej d-ra L. Lublinera, który, stojąc na czele pierwszego oddziału otologicznego w Warszawie, sam poniekąd przeżywał cały rozwój wielkiej oto-chirurgji. W dniu jubileuszu składam Mu ten skromny dar i życzę długiej jeszcze i owocnej pracy na niwie naszej specjalności i nauki.

---

Z oddziału oto-laryngologicznego (Ordynator L. Lubliner).

*Kierownikowi oddziału*
*w 40-tą rocznicę Jego pracy szpitalnej*

# O zapaleniu ropnem opon mózgowych pochodzenia usznego.

Podał

**F. Gotfryd.**

W literaturze wszechświatowej bardzo często bądź w oddzielnych pracach, bądź w sprawozdaniach poszczególnych klinik lub monografjach znajdujemy obszerne omówienia wszystkich powikłań wewnątrzczaszkowych w przebiegu chorób usznych ostrych i przewlekłych. W piśmiennictwie polskiem natomiast mało względnie poświęcano uwagi dotąd powyższym cierpieniom. — Pragnąłbym więc, aby odnośny nasz materjał szpitalny nie uszedł uwagi szerokiej rzeszy specjalistów.

Gdy zestawimy odpowiedni materjał kliniczny szpitalny, przychodzimy do przekonania, że powikłanie w postaci ropnego zapalenia opon mózgowych jest dość częste. Z powodu niskiego poziomu kultury pacjentów do szpitala przybywają przeważnie chorzy z daleko posuniętemi powikłaniami ropnego zapalenia ucha środkowego, stąd częściej spostrzegamy powikłania wewnątrzczaszkowe.

W ciągu ostatnich lat 5-ciu na oddziale operowano ropnych

zapaleń ucha środkowego 583 — w tem 116 z powikłaniami wewnątrzczaszkowemi. W liczbie tych powikłań wewnątrzczaszkowych, prócz zapaleń ropnych zatok oraz ropni mózgu i móżdżku, było ropnych zapaleń opon mózgowych 28 (5%), a wszystkich powikłań do 20%, przyczem mowa tu o przypadkach, w których już przed operacją stwierdzono objawy ropnego zapalenia opon mózgowych. Często stan chorych był tak ciężki, że wymagał operacji natychmiastowej.

Oto w streszczeniu historje chorób tych 28 przypadków.

I. S. S., l. 14; 26 8.1922 r. Od roku obfity wyciek ropny z prawego ucha. Od tygodnia ropy mniej, natomiast silne bóle głowy. Od 2-ch dni częste wymioty. Ucho środkowe wypełnione ziarniną. Za uchem silna bolesność, bez obrzęku. Nie może stać, ani siedzieć. T.38°. Tętno 42, b. napięte. Sztywność karku b. znaczna. Przytomny. Dno oka+. Płyn m. rdz. prawie przezroczysty, bez wzmożonego ciśnienia, zawierał wiele limfocytów. Zmarł wieczorem nieoperowany. Sekcja: gęsta ropa w tylnej jamie czaszkowej, na dolno-bocznej powierzchni móżdżku i częściowo górnej. Na oponie twardej w tem miejscu grube błony, z trudnością oddzielające się od opony. Mózg bez zmian dla gołego oka. — Łącznie miało się wrażenie otorbionej odosobnionej sprawy w tylnej jamie czaszkowej, a tem być może tłumaczyć należy śmierć po 8 godzinach wskutek nakłucia lędźwiowego.

II. Z. Sz. l. 23; 26.2.23 r. Zachorował przed 5-ciu dniami; bóle głowy, sztywność karku, Kernig. Tętno 60; wyciek z ucha lewego; (mocz bez białka). 9/3 wieczorem t° 38,6. W nocy dwukrotnie wymioty. Zamroczony. Sztywność karku. Silny ból ucha l. T. 39°2. Tętno przyśpieszone. Ny samoistny w str. lewą. Gordon obustronnie dodatni. Z ucha znaczny ropotok. Operacja. Zdjęcie corticalis: ropa z wyrostka pod dużem ciśnieniem: kość wyrostka rozrzedzona. Otwarto antrum. Obnażono zatokę: była zupełnie zapadnięta. Obnażono na znacznej przestrzeni oponę twardą jamy czaszkowej środkowej i tylnej. Od strony zatoki odsłoniono błędnik. Zrobiono 2 cięcia w oponie twardej; płynu mózg-rdz. nie było, 12.III. Po operacji wielokrotne wymioty: T° 39,2, tętno zwolnione. Zamroczony. Z rana przytomny. Ny. w stronę zdrową i przy patrzeniu wprost, a w stronę chorą znikł. 13.III. Wczoraj wieczorem t° znowu wyższa, stracił przytomność. Z rana zmarł. Sekcja. Thrombophlebitis purul. Encephalitis cerebelli (lobus semilunaris superior)

III. B. Sz. l. 10; 7.VII.23 r. Ropotok ucha prawego od dzieciństwa. Od 5-ciu dni silne bóle głowy i wyrostka sutkowego, dreszcze. Górna ½ jamy bębenkowej pokryta polipem. Tętno 92, drobne; tony serca głuche. Silna sztywność karku; Kernig +. Zamroczony. Ope

racja natychmiast po przyniesieniu na oddział. Po zdjęciu corticalis zaczęła się wydzielać tętniąc b. cuchnąca ropa z zatoki esowatej. Zatokę obnażono na znacznej przestrzeni. Ściana jej zmartwiała, światło puste. Tuż przy zatoce obnażono oponę zmienioną. Otwarto antrum. Zabiegu radykalnego nie robiono (ciężki stan chorego). 8.VII. T. 37°9—36°2. 9.VII. Zmieniono opatrunek. Z zatoki dużo cuchnącej ropy. 10.VII. Samopoczucie lepsze. Sztywność karku <. Przytomny. Dużo cuchnącej ropy. Dreszcze. T° z rana do 40°, wieczorem do 39°. 19.VII. Codziennie opatrunki. B. dużo ropy z zatoki przy ucisku niżej wyrostka. T° jak wyżej. 20.VII. Otworzono ropień na szyi (6—7 ctm. od wierzchołka wyrostka, przeszło 200 gr. cuchnącej ropy). 1.VIII. od 21.VII t° normalna. 17.IX Wypisany w stanie pomyślnym z raną niezupełnie zagojoną.

IV. M. J. l. 12; 28.7.23 r. Przed rokiem antrotomia lewego wyrostka sutkowego. Od 3-ch tygodni ból w uchu prawem i ropotok; w przewodzie zewnętrznym cuchnąca ropa. Bł. bębenkowa zaczerwieniona, w tylnej części wypięta. Przebicie błony Schrapnel'a. Słuch: szept- $^1/_4$ mtr. R.—.W. w ucho prawe. Ucho lewe: bł. bębenkowej brak; W uchu środkowem ziarnina, za uchem—blizna pooperacyjna. T° podgorączkowa. 31.VII. W nocy silne dreszcze. T wyżej 40°, wymioty. Przytomność przyćmiona. Sztywność karku. Tętno zwolnione. Operacja doszczętna. Z kości przez małą przetokę cuchnąca ropa. Duży cuchnący ropień podoponowy. W uchu środkowem i antrum zropiały perlak. Oponę twardą obnażono na dużej przestrzeni. Nakłucie opony nic nie wykazało—płyn mózg.-rdz. b. mętny 1.VIII. T° niżej 37°; wymioty. B. silne bóle głowy. 2.VIII. Wieczorem T 38°. Sztywność karku wybitna. Kernig. Brzuch zapadnięty. Zamroczony. Tętno zwolnione. 3.VIII. T. 39°. Tętno zwolnione. Nieprzytomny. W nocy zmarł. Sekcja. Leptomeningitis purulenta.

V. N. B. l. 17; 13.8.23 r. Ropotok z ucha lewego od dzieciństwa. Bóle głowy i ucha od tygodnia. Znaczne zwężenie przewodu zewnętrznego, ropienie obfite, niecuchnące. Słuch: szept ad concham, R—.W. w ucho prawe. Ny —. Kark nieco sztywny, Kernig niezbyt wyraźny. Odruch kolanowy lewy nieco żywszy, Achillesa wyraźnie żywszy po str. lewej; podeszwowy kloniczny z pr. str. Nakł. lędź. natychmiast po operacji—płyn mózg.-rdzeń. b. mętny pod wysokiem ciśnieniem. T° 37°8. Tętno 84. Operacja radykalna. Kość wyrostka nie zawierała komórek pneumatycznych. W uchu środkowem nieznaczne zmiany próchnicze. Opona twarda koloru wiśniowego. 18.8. Po operacji t° przez kilka dni wyżej 39°. Objawy mózgowe wyraźniejsze; chwilami nieprzytomny, bredzi. Wypisany na żądanie rodziny w stanie nieprzytomnym.

VI. G. Ł. l. 12; 17.IX.23 r. Od tygodnia ropienie z ucha prawego. Od kilkn dni bóle głowy. Z ucha prawego obfity ropotok cuchnący. Wyrostek bolesny. Wysoka T⁰. Tętno 120. Sztywność karku. Brudziński. Odruchy żywe. Lekkie zamroczenie. 17.9 A n t r o t o m j a. Po odjęciu corticalis — jama, zawierająca cuchnącą ropę i przylegająca do zatoki esowatej (znacznie zmienionej).—Obnażono zatokę na całej przestrzeni i część zatoki poprzecznej. Ściany zatok pokryte brudno-szarym nalotem A n t r u m b. małe. Zatokę esowatą i część poprzecznej rozcięto, usunięto przyścienny skrzep koloru wiśniowego i cały wierzchołek wyrostka. Płyn m.-rdz. pod b. wysokiem ciśnieniem, przezroczysty, chemicznie niezmieniony. 18.IX Samopoczucie lepsze. Objawy mózgowe ustąpiły. Tętno 110. T. 36⁰2—38⁰9. 29.IX. Wczoraj dreszcze. Dziś niedowład lewej kończyny górnej i nerwu twarzowego. „Rozsadzające“ bóle głowy. 21.IX. Niedowład kończyny ustępuje. Samopoczucie lepsze. Pł. m.-rdz. — N. A. + 22.IX Widoczny obrzęk lewej ½ twarzy. Tętno 108. T⁰ rano normalna, wieczorem do 3-6₀ ,23.IX. Obrzk lewej ½ twarzy większy, ropotok z ucha lewego i z przeciętej zatoki. (Serum antistreptoc). 24.IX Nad ranem dreszcze. Bóle w boku prðawym; drobne trzeszczenia, oddech prawie oskrzelowy Tętno 124. Nietrzymanie moczu i kału. 25.IX Niedowład kończyny górnej polepsza się. T. 37⁰2--38⁰4. Tętno 132, słabo napięte. Kaszel. Cuchnący zapach z ust. 26.IX. St. ciężki. Nieprzytomna. Połowiczne porażenie prawostronne. Tętno 136 nitkowate. Zmarła.

VII, G. M., 7 mies.; 27.II.23 r. Od 3-ch mies. ropienie obfite z ucha prawego. Od 4-ch tyg. matka zauważyła, że dziecko dziwnie patrzy, ma pochyloną główkę w tył i nie chce na ręce. Od 5-ciu dni wymioty po pokarmach. W uchu prawem pełno zielonkawej cuchnącej ropy. Za uchem na wyrostku wygórowanie, wyraźne chełbotanie. Główka w największem tyłozgięciu, nawet przy ułożeniu na brzuszku. Sztywność karku. Spojrzenie zamglone. Płyn mózg.-rdz.: przezroczysty, ciśnienie wzmożone (pajęczynka nie wytwarza się); NA—b. słabo dodatni. Leuko cyt 20 w 1 cm.³. Płyn jałowy (posiew ujemny). A n t r o t o m i a bez uśpienia. Po przecięciu skóry ropa — pod b. wielkiem ciśnieniem. Po oczyszczeniu duże światło jamy, drążące ku tyłowi i ku górze do opony, pokrytej blado różową ziarniną. Otworzono a n t r u m, skąd również ropa. 17. XII wypisany z raną niezupełnie zagojoną; wygląd dziecka dobry.

VIII. J. G., l. 16; 9.III 24 r. Bóle ucha lewego od 2-ch tygodni. Przed tygodniem paracenteza, poczem silne bóle za uchem i lewej ½ głowy. Obecnie za uchem silny ból, większy z dotyku i lekka ciastowatość nad wyrostkiem. Bł. bębenkowa zaczerwieniona, wypięta. Przebicie pionowe w tylnej połowie. Słuch: szept 4 mtr.;

W. — w ucho lewe; R—.T°38°1. Tętno 80. Częste wymioty, sztywność karku zaznaczona. Antrotomia. Kość b. rozrzedzona. Komórki pneumat. wypełnione ropą. Rozrzedzenie sięga od antrum aż do samego wierzchołka i od tylnej ściany przewodu aż poza zatokę. Wygląd zatok normalny. Opona twarda — b. zaczerwieniona. Z jamy czaszkowej środkowej wydziela się dużo ropy. 10.III. Po operacji stale wymiotuje. T° 36°8 — 38°. Tętno 130. Bóle całej głowy. Sztywność karku: Kernig. 11 III. Chora nieprzytomna. Tętno 116. T° 37°2 — 37°8. Sztywność karku. Kernig. Odruchy brzuszne, ko.anowe 0; Achilesa po str. prawej słaby, po stronie l.=0; Reakcja źrenic słaba. Płyn m. rdz. b. mętny 12.III. Nieprzytom a. Sztywność karku. Tętno, b. słabo napięte. Tony serca głuche. Źrenice nie reagują. Incontinentia alvi et urinae. Płyn mzg.-rdz. nieco klarowniejszy pod b. wysokiem ciśnieniem. 13.III. Nieprzytomna. Tętno 150. W nocy drgawki. Zrana drgawki prawej połowy twarzy i prawej ręki. W południe zmarła.

IX. Z. A., l. 38, 12.VIII 24 r. Od kilku lat ropienie z ucha lewego. Od kilku tygodni okresowo bóle lewej $^1/_2$ czaszki, więcej ku tyłowi oraz zawroty głowy w stronę prawą, zwł. w łykaniu i chodzeniu. Czkawka napadowa. W przewodzie zewnętrznym ucha l. skąpa wydzielina ropna, w głębi przewodu polip. Słuch: W — ucho prawe. R. —, przewodnictwo powietrzne dla wysokich i niskich tonów znacznie osłabione. Szept — ad concham. Odruchy wszystkie wzmożone; Romb. +, chwieje się w stronę prawą. Niedowład n. twarzowego lewego. Dno oka bez zmian. Płyn mózg.-rdz. mętny, pod wysokiem ciśnieniem, zawiera w 1 mm$^3$ 912 neutr., 10 limfoc: N.A++; białka 12$^0/_{00}$; badanie bakt. — paciorkowce. T. 39°; Tętno 88. Sztywność karku; Kernig i Babiński +. 13.VIII. Operacja radykalna. Kość wyrostka nie zawierała komórek pneumatycznych. W antrum i uchu środkowem masy perlakowe Błędnik częściowo przeżarty. 15.VIII. Po operacji stan b. ciężki: nieprzytomny. Objawy mózgowe nasilone. Mors. Sekcja: Ropa w błędniku. Zapalenie ropne opon mózgu i móżdżku.

X. M. M., l. 54; 21.VIII 24 r. Od dwóch tygodni ból ucha prawego, obfite ropienie, bóle i zawroty głowy. T. powyżej 39°. Tętno 100. W chodzeniu zatacza się w lewo. Romb. + w lewo. Nystag. wybitny, poziomy w str. prawą. Powieka prawa górna obrzękła, zupełnie pokrywa szparę oczną. Obrzęk prawej str. skroniowej. Ból wyrostka sutkowego znaczny z dotyku w miejscu, odpowiadającem antrum i wierzchołkowi. Słuch: W — niewyraźny. R. —; szept ad concham słyszalny. Bł. bębenkowa zaczerwieniona, zgrubiała, w środku małe przebicie. Wydzielina śluzowo-ropna obfita, cuchnąca. Źrenica prawa węższa, reakcja na światło zachowana. Niedowład dolnej ga

łązki n. twarzowego po str. pr. i n. odwodzącego. Sztywność karku. Kernig +; Babiński po str. lewej. Odruch prawy mosznowy żywszy. Płyn mózg.-rdz. mętnawy, żółtawy; > ciśnienie, zawiera 448 neutrofil., 74 limfocyt.; NA + Białka 1%. 22.VIII. Antrotomia. Kość wyrostka rozrzedzona, bez ropy. Obnażono środkową i tylną jamę czaszkową oraz zatokę poprzeczną, usunięto wierzchołek wyrostka. Zatoka normalna. Opona widocznych zmian nie przedstawiała. Usunięto wierzchołek. Cały wyrostek zawierał wakuole bez ropy. 23.VIII. St. ciężki, nieprzytomny. T > 39°. Incontinentia alvi et urinae. 24.VIII St. b. zmian. P. miękki, tony głuche. Na żądanie syna wypisany w stanie beznadziejnym.

XI. H. B., lat 24, 3.IX 24 r. Od 2 lat ropotok z ucha prawego Przed 7-miu miesiącami: wysoka t°, dreszcze, bóle głowy w okolicy chorego ucha, obrzęk za uchem, pochylona w prawo głowa. W takim stanie został przyjęty do kliniki lwowskiej, gdzie był na obserwacji w ciągu 5 tygodni. Wówczas często wymioty. Objawy te zaczęły ustępować, opuścił klinikę z poprawą. Przed 5 tygodniami znowu bóle głowy w części czołowej, skroniowej i potylicznej oraz uporczywe wymioty. W przewodzie zewnętrznym ucha pr. nieznaczna cuchnąca wydzielina ropna. Bł. bębenkowa zgrubiała, zaczerwieniona, stare owalne przebicie tętniące: Słuch: W. — w ucho prawe; R—; przew. pow. dla tonów niskich zniesione, dla wysokich zachowane. Szept 2 m. Źrenice równe, reagują na światło. Odruchy +. Obj. móżdżkowych niema. Nieznaczny Ny w prawo (dr. Prusakowa). Wybitna zastoinowa tarcza praw., granice jej zatarte, wzdłuż naczyń krwawe i białe plamy; żyły tu b. rozszerzone. Oko l.: granice tarczy zatarte; tarcza mało wzniesiona ponad poziom siatkówki; żyły rozszerzone. Krwotoków, wysięków nie było (dr. Arkin). Leukocytoza — 14.700. Tętno przyśpieszone 118. T° stale normalna. 8.IX. Operacja radykalna. W tegmen tympani wydłótowano okienko 2 × 2 ctm. Podczas operacji silne krwawienie z kości. Po 4-krotnem nakłuciu mózgu ku przodowi wydobyto płyn surowiczo-krwawy w ilości 7 — 8 ctm³. Opatrunek. Z nakłucia lędźwiowego podczas operacji-płyn mzg.-rdz. przezroczysty. NA +; 38 neutr. 12 limfoc. 9.IX. T° i tętno normalne. Bóle głowy znacznie osłabły. Wymioty również. 10.IX. T. — 36°. Tętno 76. Sypia dobrze. Bóle głowy nieznaczne. Samopoczucie dobre. Badanie płynu podczas operacji wykazuje: 132 neutrof, 40 limfoc, liczne krwinki czerwone, przeważnie wyługowane. 17.IX. Amaurosis fugax rano po przebudzeniu się. 22.IX. Dno oczu bez zmian. Samopoczucie dobre. 23.IX. W nocy wymioty prawie przezroczyste; bóle głowy w okolicy czołowej. Odruchy po str. prawej żywsze (dr. Goldflam). Opatrunek przepojony ropą. 3.X. Wymioty, jak poprzednio. 21.X. Dno

oka prawego — zmiany mniejsze,: białych plamek niema, gdzie niegdzie wybroczyny, rozszerzenie żył, zatarcie granic tarczy. Nieznaczne zatarcie granic tarczy lewej. 29. X. Czuje się dobrze. Dno oka — dalsza poprawa. Żyły jeszcze rozszerzone; bez wybroczyn. 14.XI. Zmiany na dnie oczu coraz mniejsze. 10.XII. Granice tarczy już zaznaczone. Rana pooperacyjna prawie zagojona. 26.XII. Wypisuje się zdrów.

XII. G. A. l. 12; 21.IX.24 r. Ropienie z ucha prawego od 1½ r. Od 8-iu dni silne bóle ucha i głowy bez przerwy. Obrzęk za małżowiną. Od 3 dni wysoka t°, sztywność karku, porażenie n. twarzowego prawego. Przewód zewnętrzny ucha pr. silnie zwężony, tu wydzielina gęsta, cuchnąca. Na tylnej ścianie przewodu na granicy kostnej i chrzęstnej ziarnina, skąd wydobywa się ropa. Sztywność karku. Kernig +. Ny + w lewo. T. wyżej 39. Tętno zwolnione. Nieco zamroczony. Płyn mózg. rdz. mętny, pod dużem ciśnieniem, dużo w nim ciałek ropnych 21.9. Operacja doszczętna: zropiały perlak ucha środkowego i w antrum. nadżarcie kanału n. twarzowego i kanału półkulistego. Podczas dłótowania: przekrwienie naczyń i kości, wobec czego obnażono zatokę na przestrzeni około 3 ctm. Ściana zatoki zmętniała, cienka, silnie wypięta tętnienie niewyraźne. 22.9. T° wieczorem 39, z rana 38. Tętno 72. Sztywność karku mniejsza. Propidon. 25.IX. T° wieczorem codziennie wyżej 39, z rana 38. Propidon. 28.IX. T°, jak wyżej. Propidon. Stan rany dobry. 2.X. Electraurol: 5 ctm. dożylnie. Stan bez zmian. 3.10. Electraurol. T 37°2'. 10.X. Co drugi dzień electraurol. T.° spada stopniowo do normy. Dziś stan bezgorączkowy. 19.X. St. bezgorączkowy. Rana goi się normalnie. Dziś po raz pierwszy opuszcza łóżko. 30.12. Wypisuje się zdrów.

XIII. Ch. S. lat. 8; 7.X.24. Przed 2-ma tygod. zachorowała na zapalenie ucha środkowego prawego. Wczoraj paracenteza. T° około 40°. Przytomna. Z ucha b. skąpa wydzielina. Bolesność pr. wyrostka i okolicy antrum. Sztywność karku wybitna. Kernig wyraźny. Babiński słabo zaznaczony. Odruchy kolan. i brzuszne 0. Źrenice wiotko reagują na światło. Tętno 84. St. ciężki. Płyn mózg. rdzen: białka 0,06‰; przezroczysty, NA +; ciałek białych 30. Prątków Kocha ani innych drobnoustrojów nie znaleziono, posiewy jałowe. 7.X. Antrotomia—wydłótowano cały wyrostek, w nim ropa i ziarnina. Obnażono zatokę poprzeczną i środkową jamę czaszkową. Opona twarda b. przekrwiona. Komórki pneumatyczne dokoła antrum rozrzedzone. 8.X. Wieczorem t 40,2. Objawy mózgowe nie ustępują. Nakłucie lędźwiowe. Electraurol. 10.X. Samopoczucie lepsze. T. 37°6'. Electraurol. 15.X. T° wieczorem 38°. Tętno przyśpieszone. Płyn mózg.-rdz: NA +, 3 limfocyty. Wygląd rany dobry. 23.X. Od dziś stan bez gorączki. 21.X. Przez cały czas stan bez gorączki. Wypisuje się z raną prawie zagojoną.

XIV. K. Ch. l. 14; 11.XI.24. Od kilku lat ropienie z ucha lewogo. Od tygodnia silne bóle zębów, lewego ucha i lewej ½ głowy. 10.X i 11.XI kilkakrotne wymioty. W przew. zewn. gęsta ropna wydzielina, obfita, cuchnąca. Błony bębenkowej brak. Błona śluzowa ucha środkowego polipowato zgrubiała. Wyrostek sutkowy bolesny. Ny — niema. Sztywność karku. Kernig +. Prawy odruch brzuszny słabszy. Brak pr. Achillesa, lewy słaby. Odruchy kolanowe słabsze (Goldflam) Płyn mózgowo-rdz. pod wysokiem ciśnieniem, mętnawy, zawiera 320 leukocytów, 10 limfocyt., NA +. T° 38.6. Tętno 120. 12.XI. Operacja radykalna. Zropiały perlak; tegmen tympani nekrotyczne usunięto, obnażono oponę twardą, zgrubiałą i pokrytą ziarniną. Obnażono zatokę, której ściany na bardzo znacznej przestrzeni obumarły. Zatokę otwarto stąd cuchnąca ropa. Założono sączki do końców dośrodkowego i obwodowego. Kanał półkulisty nadżarty. 15.XI. Po operacji t° spadła. Codziennie electraurol dożylnie. Sztywność karku słabo zaznaczona. Płyn mózg.-rdz. normalny (bakt. niema). Bóle głowy. 19.XI. T° wyżej 38° o godz. 12-ej silne dreszcze i 40°. Codziennie electraurol 5 cm.³ 25.XI Stan bezgorączkowy. Samopoczucie dobre. 15 XII. Rana goi się dobrze 2.I. wypisuje się zdrowa z raną niezupełnie zagojoną.

XV. R. Ch. lat. 25; 11.XI.24. Ropienie z ucha prawego od dzieciństwa. Od 2-ch tygodni silne bóle głowy, przeważnie w części potylicznej i ucha prawego. Od 5-ciu dni gorączka, codziennie dreszcze i wymioty. Wczoraj t° 39°, dziś 36°,4. Tętno 56. Wyrostek sutkowy bolesny, szczególnie w tylnej części. Sztywność karku. Kernig +. Błony bęb. nie widać. Ucho środkowe wypełnione ziarniną. Szeptu wcale nie słyszy. Głośną mowę ad concham. Zaraz po przywiezieniu operacja. Po pierwszych uderzeniach dłóta z okolicy zatoki poprzecznej czarnawa, cuchnąca ropa. Tegmen tympani rozrzedzone. Obnażona opona twarda pokryta włóknikiem. Zatoka poprzeczna pusta, z dolnej części wydobyto skrzep. Usunięto cały wyrostek. 13.XI. T° 36°7—36°5′. Silne bóle głowy. W nocy dreszcze. 15.XI. T° 36°4 — 39°2′. Kilkakrotnie dreszcze. Sztywność karku. Kernig +. Wymioty. P. 72. 16.XI. Krwioplucie. Rana sucha. Koniec zatoki – obwodowy (od mózgu) wypełniony ropą. 18.XI. Częste dreszcze. St. ciężki. Tony serca głuche. Tętno (b. słabo napięte) szybkie. Exitus.

XVI. K. M. 2.XII.24 r. Chory od 2-ch tygodni, gdy wystąpiły nagle silne bóle ucha prawego i prawej połowy głowy. Gorączka podobno 1 dzień, wymioty dziś po raz pierwszy. Przed 3-ma laty pęknięcie bębenka prawego ucha. Ropienie wówczas było nieznaczne. Pozatem był zawsze zdrów. Do godz. 3 był przytomny, po przewiezieniu do szpitala stracił przytomność. 3.XII. Nieprzytomny: wykonywa ruchy niezborne k. k. g. i d. W uchu prawem stare przebicie w dolno-tylnym

odcinku, ropy niema. Za małżowiną uszną nieznaczne wygórowanie, chełbotanie. Tętno miarowe 120. T° 38°4. Paresis n. facialis dextr. Strabismus convergens. Dno oka +. Gałki oczne nie dochodzą do kątów zewnętrznych. Paresis n. abducentis dextr. Słaby odruch brzuszny lewostr. Wzmożony l. odruch kolanowy. Gordon + obustronny, skrzyżowany. Opistotonus. Kernig +. Płyn mózg.-rdzen: ciśnienie wzmożone, mętny (xantochromia), zawiera neutr. 850, limfoc. 160. 3.XII. Operacja radykalna. W jamie bębenkowej i antrum perlak. Kość silnie rozrzedzona. Komróki pneumatyczne wypełnione ropą. Obnażono zatokę, ściany jej zgrubiałe, tętnienia niema. Z nakłucia zatoki krwi nie wydobyto. Po zdjęciu tegmen tympani wydobywa się nieznaczna ilość ropy. Obnażono oponę twardą; na przestrzeni 2×1½ ctm. była zgrubiała, pokryta, włóknikiem, nie tętniła. Nakłucie jej bez wyniku. 4.XII. Przytomny, aczkolwiek ½ godz. przed wizytą bredził. Odruchy brzuszne b. żywe. T° 36°6. Tętno 12 słabe. 8.XII. Tętno 80, dobrze napełnione. Rano przytomny, „rozsadzające" bóle głowy. T° 38°2. Podczas wizyty nieprzytomny. Objawy nerwowe, jak 3-go. 9.XII. Odruchów kolanowych nie można wywołać. Gordon słabszy. Tętno 92. Rana sucha. 12.XII Niedowład prawej kończyny górnej. St. ciężki. Tętno 104. 13.XII. Płyn mózg.-rdz. b. mętny, po 2 minutach osad grubości ¼ ctm., zawiera do 2000 neutrofil., 50 limfocyt. w 1 mm³. 15.XII. Niedowład pr. k. g. więcej się uwydatnia. 17.XII. Płyn mózg. rdz. klarowny, zawiera: 350 neutrof. 50 limfoc. Przytomny. 18.XII. Niedowład pr. k. g. zmniejsza się. Sztywność karku również. Kernig +. Przytomny. Nie słyszy. Tętno 96 20.XII. Porusza głową. Dolne kończyny unosi. Pł. m.-rdz.: 620 neutrof 250 limfocytów. Przytomny. 24.XII. „Rozsadzające" bóle głowy, dobrze nią porusza. Nie słyszy. Gojenie rany normalne. 29.XII. Nie słyszy; w nocy podniecenie, zerwał opatrunek. 3.I. Silne bóle głowy w okolicy. ciemieniowej prawej. Płyn m.-rdz. przezroczysty, ciśnienie wzmożone 8.I. Stale bóle głowy. Tętno 76 dobrze napełnione. Płyn m.-rdz.: 80 neutrofil., 188 limfocyt. Ciśnienie wzmożone. Samopoczucie lepsze. 10.I. St. gorszy, mniej przytomny, mowę z trudnością można zrozumieć, Kernig +. Gordon skrzyżowany. Tętno 76. Wymioty. 11.I. Mowa niezrozumiała. Tętno 80 słabo napięte, niepokój. 12.I. Zamroczony. Tętno 56. 14.I. Tętno 76 słabe. Płyn m.-rdz.: neutrofil. 44, limfocyt. 82, bardzo wzmożone ciśnienie. Nieprzytomny. 17.I. P. 96. Samopoczucie lepsze. Nakłucie i zastrzyk do kanału kręgowego 20 ctm. surowicy antimeningokok. 21.I. Codziennie nakł. lędźwiowe. Ciśnienie stale wzmożone. Płyn m.-rdz.: neutrofil. 36, limfocyt. 64. 24.I. St. ciężki. Tętno słabe. Nie bierze pokarmów. Kończyny zimne. 28.I. Obustronnie neuritis optica. Płyn m.-rdz.: neutrofil. 210, limfoc. 160. 30.I. St. nerwowy bez zmian. Co drugi dzień nakłucie. 3.II. Exitus.

XVII. P. J. l. 18; 23.X.25. Od dzieciństwa ropotok z ucha

prawego. Nagle, 6 dni temu, dreszcze, wysoka t$^0$, kilkakrotne wymioty i bóle głowy w okolicy czołowej i ciemieniowej. Po 2 dniach wymioty ustały, inne objawy trwają. W uchu praw. brak błony bębenk., w uchu środkowem zgóry zwisa ziarnina. Wydzielina silnie cuchnąca. Bolesność wyrostka i miękkich części niżej wyrostka b. bolesne z ucisku. T$^0$ 39$^0$5! Tętno 68. Ny obustronny. Sztywność karku. Prawy odruch kolanowy żywszy. Dno oka normalne (dr. Goldflam). Płyn m. rdz. mętnawy; >ciśnienie; neutrof.—400 limfocyt.--256; na pożywce nic nie wyrosło. 23.X. Operacja doszczętna. Przy usuwaniu cienkiej blaszki kostnej nad zatoką wydobywa się pod wysokiem ciśnieniem ciecz posokowata. Kanał półkulisty nadżarty. Zatoka b. wypięta, ściany zgrubiałe, pokryte ziarniną. Zatokę rozcięto, z wnętrza zatoki ropa; do światła zatoki wprowadzono sączki. 27.X Samopoczucie dobre. Bóle głowy jeszcze silne. Tętno 56. T$^0$ nie dochodzi do 38$^0$. Co 2-gi dzień nakłucie lędźwiowe. Krew jałowa. Codziennie dożylnie 10 gr. 40$^0/_0$ rozcz. urotropiny. 30.X. St. podgorączkowy. Płyn m.-rdz, przezroczysty. Urotropina codziennie dożylnie. Bóle głowy napadowe. 10.XI St. bezgorączkowy. Oczopląs obustronny znacznie słabszy. Ropienie z zatoki i jamy bębenkowej. 7.I.26. Wypisuje się zdrów z raną prawie zagojoną.

XVIII. S. S, l. 11; 9.II.25. Od 2 lat ropienie z ucha lewego. Przed 2-ma tygodniami ropienie mniejsze, wystąpiły silne bóle głowy (lewa połowa) i w uchu lewem, z wysoką t$^0$. Bóle wyrostka samoistne i z ucisku. W uchu cuchnąca wydzielina, sztywność karku. Kernig+. Słuch: przewodnictwo powietrzne zniesione dla wysokich i miękkich tonów. W — w ucho zdrowe. R —, Szept niesłyszalny. T$^0$ 39$^0$2. Tętno zwolnione. 9.II Operacja radykalna. Kość rozrzedzona, obumarła. Zropiały perlak w jamie bębenkowej i antrum. Sinus transversus zmieniony, na nim ziarnina. Zatoka pusta, ścianę rozcięto. Krwi niema. Do obu końców sączki. 10.II T$^0$ spadła; stan ogólny znacznie lepszy, 20.II T$^0$ stopniowo do normy. Ropienie z zatoki. Objawów mózgowych niema. Silne bóle w prawym boku, tarcie opłucnej słyszalne 4.III Krwawienie z nosa. Mocz. Codziennie zmiana opatrunku. Ropienie z zatoki. 25.IV. Kłócie w lewym boku. Osłabienie szmerów oddechowych; stłumienie wypuku. 5.V Samopoczucie dobre. Co 2-gi dzień zmiana opatrunku. 16.6 Wypisuje się zdrowa.

XIX. Z. B., l. 14; 26.VI.25. Od roku ropotok z ucha prawego od 3 tygodni bóle głowy, gorączka. W przewodzie zewnętrznym gęsta b. cuchnąca wydzielina. Silna bolesność wyrostka sutkowego. Tętno 116. Sztywność karku. Bóle głowy w okolicy potylicznej. Dreszcze w chwili przyjęcia na oddział. Stan ciężki. Operacja. Kość wyrostka bez komórek pneumatycznych. W środkowej jamie czaszkowej perlak, przy-

legający bezpośrednio do opony, ta zgrubiała, pokryta ziarniną (pachymeningit. externa). Zatoka pusta, ściany zatoki obumarłe, kość dookoła zatoki rozrzedzona, tu ropna cuchnąca wydzielina. Zatokę rozcięto; ku dołowi skrzep; usunięto go, krwawienie zatamowano. Opona tw. tylnej jamy czaszkowej na przestrzeni, jak 2 grosze, obumarła. Płyn m.-rdz. po operacji mętny,pod wysokiem ciśnieniem. 27.VI. Stan b. ciężki. Nieprzytomna. Tętno nitkowate. 28.VI Zmarła. Sekcja. Trombophlebitis (sinus transversus et sigmoideus). Trombosis sin. petrosus; meningit. purul. Pachymening. externa Encephalitis cerebelli.

XX. Z. M. l. 21; 15.VIII.25. Od 3-go roku życia ropienie z uszu. 10 dni temu nastąpiło ropienie z ucha prawego, jednocześnie bóle głowy, ucha, dreszcze, gorączka i wymioty. W przewodzie zewn. ucha prawego obfita wydzielina, b. cuchnąca. Stan chorej ciężki, zamroczenie; natychmiast po przybyciu operacja. Po pierwszych uderzeniach dłótkiem wydobywa się pod silnym ciśnieniem posokowata ciecz. Ropień drążył do zatoki. Błędnik zniszczony. Kość czarna. Ku tyłowi od zatoki kość i twarda opona (w tylnej jamie czaszki) zniszczone. Oponę nadcięto; Wypina się zmieniona substancja móżdżku. Pł. m.-rdz pod miernem ciśnieniem, mętny (xantochromia). 16.XIII Nieprzytomna. Sztywność karku. Kernig +. T 39 4—39°6. Tętno nitkowate. Zmarła.

XXI. H. Ch. l. 15; 26.IX.25. Przed 5-ciu miesiącami po raz pierwszy zachorował na ucho pr. Przed 10 dniami stracił przytomność Po odzyskaniu jej silny ból głowy i ucha prawego. Gorączka, a po kilku dniach obrzęk poza i przed małżowiną uszną, aż do ½ szyi; ropotok z ucha. Przewód zewnętrzny wypełniony dość płynną cuchnącą ropą. Sztywność karku. Kernig+ Zamroczenie. Gorączka zmienna;pł.m.-rdz. klarowny; NA +, kilkanaście leukocyt w polu widzenia. — Tegoż dnia operacja. W częściach miękkich ciecz posokowata. W kości przetoka. Opona twarda, zmieniona, zgrubiała. Między oponą i tegmen tympani (rozrzedzone) dużo ropy; zatoki ściany zgrubiałe, pokryte grubym brudno-szarym nalotem. Z zatok wydobyła się krwisto-ropna masa. Usunięto wierzchołek wyrostka. Przedłużono cięcie wzdłuż żyły jarzmowej 10 ctm; tu wzdłuż żyły również ropa; sączki. 27.IX. W nocy dreszcze. T° 38°2. Zamroczony. Inj. electraurol — 5 $cm^3$, dożylnie 30.IX Wieczorem wysoko gorączkuje, bez dreszczy. Codziennie opatrunki i electraurol. 31.IX Zaczerwieinenie skóry i wygórowanie nad prawym obojczykiem, częściowo nad mostkiem. Tętno przyśpieszone. Zamroczony. Siność kończyn. 1.X W nocy dreszcze. Chełbotanie nad obojczykiem i mostkiem. Ropienie z rany obfite, cuchnące. Przemywanie rany kali hypermang. Po ucisku nad obojczykiem z rany cuchnąca ropa z gazami. Zamroczony. Tętno miękkie. 2.X. W nocy kilkakrotnie dreszcze. Contrincisio nad mostkiem, 4 ctm. dług. Przeciągnięto sączki do rany

pooperacyjnej. St. ciężki. Chory zamroczony. Codziennie electraurol. 4.X kilkakrotne dreszcze. Tętno miękkie. Obfite ropienie. Zaciek w kierunku stawu barkowego. Codziennie zmiana opatrunku. Przemywanie rany. 6.X W nocy dreszcze. Rana oczyszcza się. Naciek w str. st. barkowego zmniejszył się. Ropienie traci cuchnący charakter. 9.X Dreszczy nie było. Przytomny. Obumarłe tkanki odłączają się. Electraurol. 10.X Dreszcze w nocy. Przemijająca utrata przytomności. Zaciek ku potylicy. 15.X Zaciek ku potylicy zanika. Rana pokrywa się zdrową ziarniną. Codziennie opatrunki. Electraurol. 24.X Po raz pierwszy $t^0$ normalna. Bóle z dotyku okolicy chrząstki stawu IV mostkowo-żebrowego; wygórowanie tego miejsca i zaczerwienienie 29.X Samopoczucie lepsze. St. bezgorączkowy. Bóle w stawie most.-żebr. większ. 6.XI. St. pogorączkowy; ropienie znowu z tylnego zacieku. 15.XI Nad tylnym zaciekiem wygórowanie i zaczerwienienie. St. podgorączkowy. 18.XI Nad tylnym zaciekiem contrincisio i połączenie ze starą raną operacyjną. 20.XI Na pr. k. g. w miejscu zastrzyku naciek. 12.XII St. bezgorączkowy. Ropienie z zacieku tylnego ustało. Wygórowanie nad mostkiem pozostało. 6.I.26 Zmiana opatrunku co drugi dzień. 17.III Wypisuje się zdrowy.

XXII. Sz. A. l. 13; 7.X.25. Od dzieciństwa ropienie z ucha prawego, przemijające. 10 dni temu w związku z katarem nosa obfite ropienie, bóle ucha i głowy. Bóle ucha wzmagały się. 2 dni temu dreszcze $t^0 > >$. Wczoraj nieprzytomny, wymiotował. Dziś również nieprzyitomny, niespokojny. Tętno przyśpieszone, słabo napięte. $T^o 38,7$ Przewód zewn. wypełniony ziarniną i cuchnącą wydzieliną. Sztywność karku. Kernig +. Gordon + skrzyżowany obustronnie. Odruchy kolanowe osłabione. Dno oka +. Natychmiast operacja radykalna. Kość dookoła antrum rozrzedzona, zniszczona i tegmen tympani. Opona twarda zmieniona, pokryta nalotem włóknika. 3 krotnie nakłuto nadoponowo w kierunku mózgu (płat skroniowy) z wynikiem ujemnym. 8.X Nieprzytomny. Wczoraj wymioty. Tętno 142. $T^o 40,2$. Porażenie n. okoruchowego i odwodzącego str. prawej. St. ciężki. Wieczorem zmarł.

XXIII. M. L. l. 36; 14.XII.25 r. Od dzieciństwa obustronny ropotok. Od 2-ch tygodni silne bóle głowy po stronie pr. i w uchu pr., ubiegłej nocy 2 razy wymioty. Zamroczony. Tętno 84. $T^o 40^0$. Sztywność karku. Kernig +. Ny — piorowy ku str. prawej. W uszach zielonkawa wydzielina, b. cuchnąca. Błon bębenkowych brak. Płyn m.-rdz. pod bardzo wysokiem ciśnieniem, mętny, 800 neutrof., 50 limfoc., z posiewu dwoinki (diplococcus intracellularis). Operacja doszczętna. Kość bez komórek pneumatycznych, w głębi próchnica. Obnażono zatokę — niezmieniona, jak i opona twarda. Jama bębenkowa i antrum wypełnione perlakiem. 16.XII. Przytomny. Bóle głowy mniejsze. Tętno 100, dobrze napięte. Płyn m.-rdz. mętny. 19.XII. St. ogólny lepszy. Tętno 100.

T°38°8. Sypia dobrze. Sztywność karku i Kernig trwają. Codziennie dożylnie 10 ctm³. 40% urotropiny. 22.XII. Znowu silniejsze bóle głowy. Płyn m.-rdz. wybitnie mętny. 25.XII. Bardzo osłabiony. Silne bóle całej głowy, „rozsadzające". W płynie m.-rdz. 2000 leukocyt., 5 limfocyt. St. ciężki. 26.XII. Nieprzytomny. Incontinentia alvi et urinae. Płyn b. mętny. 30.XII. St. bez zmian. Płyn—448 neutrof., 112 limfoc. NA++. Białko 0,5‰. Nieprzytomny T°39°. 4.I.26. Codziennie urotropina dożylnie i nakł. lędźwiowe. Objawy mózgowe wybitniejsze. Nieprzytomny. W nocy zmarł. Sekcja: meningitis purulenta.

XXIV. Z. B. l. 52; 22.XII.25. Od dzieciństwa ropotok z ucha lewego. Od 10 dni silne bóle ucha l. i lewej ½ głowy. Od tegoż czasu zawroty głowy przy podnoszeniu się i w pozycji stojącej. Miewa wrażenie, że wszystko kołuje. W przewodzie zewn. ucha l. gęsta ropna cuchnąca wydzielina, w głębi polip. T°38,5. Tętno 80, miarowe. Opistotonus. Kernig. Brudziński wybitne. Odruchy na k. k. g. i d. +, jednakowe, niewzmożone Ny—rotacyjny w krańcowych zwrotach, obustronny. Adiadochokinesis, objawów omijania i asynergji móżdżkowet niema (J. Mackiewicz). Dno oka +. Chód chwiejny w lewo. Płyn m.-rdz. mętny, pod wys. ciśnieniem, leukocyt. 3200, limfoc. 100; białka 0,3‰. Posiew po 24 godz. jałowy. Operacja doszczętna. Kość wyrostka bez komórek pneumatycznych. W odległości ¾ ctm. od spina supra meatum obnażono zatokę niezmienioną; op. twarda pokryta grubym nalotem włóknika. Z ucha środk. usunięto polip i łuski perlaka. Błędnik zmartwiały. 27.XII. Codziennie 10 gr. 40% urotropiny dożylnie. T° nie podwyższona. Samopoczucie lepsze. Płyn m.-rdz. klarowniejszy: 144 neutrof., 48 limfoc. 0,3‰ białka. 29.XII. W nocy dwukrotnie dreszcze. 31.XII. Co drugi dzień nakłucie lędźwiowe. Znowu dreszcze. Bóle głowy. Płyn opalizujący. Neutr. 48, limfoc. 64, białka 0,3‰. 2.I.26. Zmiana opatrunku. Rana goi się. 4.I. T° 38°. Osłabiony. Tętno przyśpieszone, średnio napięte. 7.I. Codziennie dreszcze. 13.I. T° bez zmiany. Mowa opuszkowa Porażenie n. twarzowego l. Tętno 120. Sztywność karku >; Kernig +. Płyn. m.-rdz. mętny: leukoc. 384, limf. 96. białk. 0.3‰. NA ++. Podczas opatrunku z ucisku na błędnik, z części przedniej rany, wydziela się nagle dużo gęstej ropy. 15.I. Operacja. Rozszerzono dojście do źródła ropienia (kosztem tylnej ściany przewodu). Ku tyłowi przeszkadzała zatoka. Usunięto obumarłe części błędnika. 17.I. Opatrunek — duża kieszeń, wypełniona ropą cuchnącą w kierunku gardła. T° 37°. Ucisk na szyję zwiększa wydalanie ropy. 18.I. St. b. ciężk.i Zamroczony. Tętno 140. Exitus.

XXV. M. A. l. 50, 10.I.26. Nieprzytomny. Przed kilku tygodniami uraz głowy, poczem silne bóle po str. lewej i szum w uchu lewem. Po kilku dniach ropienie z ucha l. Przed paru dniami nagle drgawki, utrata

przytomności. Ucho l.: w przewodzie skąpa, cuchnąca wydzielina. Bł. bębenk. zaczerwieniona, przebicie środkowe. Słuchu zbadać nie można. Sztywność karku i Kernig zaznaczone. Opukiwanie głowy po str. l. wywołuje reakcję. Gałki oczne zwraca tylko ku str. lewej. Ny przy zwrocie w lewo. W prawo ku górze gałek nie zwraca. Źrenica lewa znacznie szersza. Porażenie prawostronne kończyn. Odruchy brzuszne i nosidłowy po str. pr. b. słabe, po lewej dość żywe. Odruchy kolanowe, Achillesa obustronnie=0. Porażenie n. facialis dextr. Płyn m.-rdz. mętny, ciśnienie >>. Operacja radykalna. Kość bez komórek pneumatycznych. Przy zdejmowaniu tegmen tympani ropa w niewielkiej ilości. Tylna ściana w głębi rozrzedzona. Opona twarda zgrubiała, szara, pokryta ziarniną; nakłucie jej do mózgu wykazało gęstą ropę, cuchnącą, na głębok 4 ctm. w płacie skroniowym. Rozcięto oponę. Obnażono zatokę 11.I. Nieprzytomny. Tętno 140 słabe. Źrenice bez odczynu na światło. Incontinentia alvi et urinae. W nocy drgawki. Po opatrunku stan się nieco poprawił. Z rany wyciekło dużo płynu mózg. rdzen. Po połud. zmarł.

XXVI. Z. Sz. l. 25; 20.V.26. Od dzieciństwa ropienie z ucha prawego. Ostatnio, przed 2-ma tygodniami, zwolniony z wojska z powodu ropienia z ucha i porażenia prawego n. twarzowego. Od 5-ciu dni nasilenie sprawy. Silny ból głowy z prawej str. i ucha pr., tu skąpa wydzielina. Jama bębenkowa obnażona. Ból głowy skroniowy i nad prawym gruczołem. Facialis porażony (3 gałązki). Słuch: przewodnictwo powietrzne zniesione, kostne zachowane. Szeptu nie słyszy. $T^0$ 38,2 Tętno zwolnione. Sztywność karku. Kernig +; Ny przy patrzeniu w prawo, słabo wyraźny. 20.V. Operacja doszczętna. Antrum i cavum tympani wypełnione zmartwiał. masami, tegmen tympani również. Opona twarda w środkowej jamie czaszkowej wypina się pod ciśnieniem. Zatoka normalna. Płyn m.-rdz. mętny pod wysokiem ciśnieniem. 25.V. Samopoczucie nieco lepsze. Przytomny. $T^0$ 39,02—39,03. Płyn mętny: b. ciałek 920. Codzienie sol. urotropin. 40 $^0/_0$ 10 gr. dożylnie. 22.V. Chwilami nieprzytomny. Brak odruchów kolanowych. Tętno 62. To38o,5—37,06. Płyn mętny. 23.V. Płyn (20 ctm.) mętny. 25.V. Codziennie nakłucie lędźwiowe +. Urotropina dożylnie. Płyn nieco klarowniejszy, neutrofil. 720. limfocyt. 200. Sztywność karku mniejsza, wymiotów niema. Na ból głowy nie uskarża się. Kernig +. 1.VI. Znaczne podniesienie się ciepłoty, dreszcze. Sztywność karku większa. Płyn znowu opalizujący, Kernig wybitniejszy. 8.VI. Sztywność karku nieznaczna. Samopoczucie dobre. Na bóle głowy nie uskarża się. Płyn jasny, przezroczysty 96 neutrof., 64 limfoc. Tętno 80, średniego napełnienia, $t^0$ ostatnio (3 dni) nie przekracza 37,02. Siada, stąpa bez objawów bezładu. 14.VI Płyn mózg.-rdz.: 96 neutrof, 20 limf. NA +. 2.VII. Płyn mózg.-rdzen. 20 neutrof., 16 limf. NA +. Dno oka normalne, 2.VIII. St. dobry. Rana goi

się dobrze. Co drugi dzień opatrunek. 9.IX. Wypisany zdrów z raną prawie zagojoną.

XXVII. C. Ch. l. 32; 5.VIII.26. Od 3-ch lat ropienie z ucha lewego. Od 2-ch tygodni bóle ucha i głowy. W przewodzie zewn. zwężonym b. dużo wydzieliny ropnej cuchnącej. W uchu środkowem b. dużo ziarniny. Za uchem obrzęk i bolesność. T⁰ 39,9. Sztywność karku. Kernig +. Płyn m.-rdz. pod b. wysokiem ciśnieniem, b. mętny. Ny przy spojrzeniu na lewo. Bóle głowy bez przerwy. Operacja radykalna. Kość nie zawiera żadnych komórek. Obnażono zatokę, która leżała tuż przy antrum. Ściany zatoki normalne. W uchu środkow. zmiany martwicowe, również na tegmen tympani. Obnażono op. twardą w środkowej jamie czaszkowej. Opona twarda czerwona, matowa. 18.VIII. Codziennie nakłucie lędźwiowe. T⁰ 38,6, zrana 37,8. Bóle głowy mniejsze. Płyn m.-rdz. wciąż mętny. Codziennie dożylnie urotropina 40% . 17.VIII. Płyn zawiera ciał. białych 2800. 27.VIII. Co drugi dzień nakłucie lędźwiowe. Płyn zawiera 340 limfoc. Samopoczucie znacznie lepsze. St. podgorączkowy. 2.XI. Płyn zupełnie klarowny. St. bezgorączkowy. Rana goi się dobrze. 25.IX. Wypisuje się zdrów z raną zupełnie zagojoną.

XXVIII. K. G. l. 16; 27.XII.26. Od roku ropotok z lewego ucha. Przed 30 dniami gorączka, bóle ucha, głowy, wymioty. Za małżowiną wygórowanie. Ucho — obfite ropienie z domieszką mas perlakowatych. Tętno 90. T⁰ 40,4. Sztywność karku. Kernig +. Brudziński +. Wszystkie odruchy żywe. Ny—w stronę ucha chorego. Zamroczenie. Operacja. Na planum mastoideum przetoka, z której duża ilość cieczy posokowatej, b. silnie cuchnącej. Wyrostek sutkowy zupełnie rozrzedzony. Ściany zatoki, jak i opona, zmartwiałe. Płyn m.-rdz. b. mętny. 28.XII. T⁰ 39,4—40,3, nieprzytomny. Sztywność karku wybitniejsza. 29.XIII. Wieczorem 3 razy drgawki. O godz. 12-ej drgawki kloniczne g. i d. k. lewej. O 4-ej zmarł.

Najwięcej pouczającymi były te przypadki, które zakończyły się wyzdrowieniem i te, w których wykonano sekcję.

Ze spostrzeżeń, podanych wyżej, wynika, że z 28 przypadków dzięki interwencji chirurgicznej uzyskano w 11 wyzdrowienie (40%). Należy podkreślić, że przypadki, które kończyły się wyzdrowieniem, w przebiegu ciężkim nie wiele różniły się od przypadków z zejściem śmiertelnem. Przypuszczać należy, że w przypadkach o zejściu śmiertelnem, zabiegi operacyjne (nie z winy oddziału) zostały wykonane zbyt późno, jedne i drugie bowiem operowano w dniu przybycia, względnie w możliwie najkrótszym czasie, a trzymano się zasady, że gdy są objawy mózgowe należy operować jaknajwcześniej

W przypadkach powikłanych (trombophlebitis, septicopyaemia) dzięki szerokiemu otwarciu zatok otrzymywano również wyzdrowienie, przyczem jednocześnie leczono zapomocą wlewań dożylnych electraurolu (przyp. 12, 13, 14, 21), urotropiny (przyp. 17, 23, 24, 26) i śródmięśniowych propidonu (przyp. 12). Gdy sprawa ropna opon wykazywała większe natężenie, wykonywano codziennie lub co drugi dzień nakłucia lędźwiowe (wypuszczano płynu m. rdz. 15—20 ctm); wpływało to dodatnio na przebieg choroby, (16, 17, 23, 26), zmniejszała się ilość ropnych ciałek w płynie, aż do zupełnego ich zaniku, ustępowały uporczywe bóle głowy, wreszcie i objawy ucisku wewnątrzczaszkowego zmniejszały się widocznie.

Co się tyczy objawów klasycznych, dających możność wczesnego rozpoznania zapalenia ropnego opon mózgowych, takich, jak ciepłota, tętno, sztywność karku, obj. Kerniga, obj. Brudzińskiego, Babińskiego, stan odruchów, objawy oczne, rozlane bóle głowy, wymioty, zamroczenie, to w przeważnej części podanych przypadków były one w przebiegu stale prawie stwierdzane. Co się tyczy techniki operacyjnej, to we wszystkich przypadkach trzymano się zasady jednoczesnego dokonania operacji doszczętnej z obnażeniem zatok oraz opon mózgowych. W 2-ch przypadkach (2 i 24) wykonano również otwarcie błędnika, gdyż sprawa ropna z uszkodzonego błędnika przedostała się na oponę.

Na jeden objaw chciałbym szczególnie zwrócić tu uwagę, a mianowicie, na topografję bólów głowy w przytoczonych przypadkach. Obserwowaliśmy bóle głowy na przestrzeni całej czaszki (rozsadzające); niektórzy chorzy lokalizowali bóle głowy bądź w części skroniowej, potylicznej (przyp. 15), ciemieniowej, inni zaś (II. 17) jako główne siedlisko bólu wskazują część czołową po str. ucha chorego, bądź nad okiem po tej samej stronie. Natężenie i charakter bólów głowy były tu też b. rozmaite: jedni skarżą się na bóle tępe (stały tępy ból głowy), inni na ostre, świdrujące, dając tym bólom najrozmaitsze określenia.

Natężenie i charakter bólu głowy, wydaje się, zależny jest od okresu choroby. We wczesnych bowiem okresach ból zazwyczaj jest umiejscowiony, w miarę szerzenia się sprawy zapalnej (ropnej), na coraz większej przestrzeni, bóle stają się coraz więcej rozległe, bardziej dokuczliwe.

Liczba leukocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym niema

znaczenia w rokowaniu. Wśród przytoczonych przypadków mamy takie, które kończyły się wyleczeniem, choć w płynie mózgowo-rdzeniowym mętnym było dużo ciałek ropnych, w innych natomiast był płyn przezroczysty, bardzo nieznaczną była liczba leukocytów, a kończyły się śmiertelnie.

Z 28 przypadków podanych—21 było następstwem chronicznego ropienia, a tylko 7 ostrego.

Z 21 przypadków w następstwie chronicznego ropienia zmarło 11, z 7 przypadków ostrego aż 6.

Co do płci, to było tu 20 mężczyzn, a 8 kobiet. Co do ucha, to prawe było zajęte w 17, lewe w 11 przypadkach. (Cyfry ostatnie zgadzają się z obserwacjami innych autorów).

Z ognisk, skąd drąży sprawa ropna do wnętrza czaszki i dróg, któremi się szerzy, należy tu podkreślić następujące: 1) najczęściej — to powikłania perlaków (cholesteatoma) z następczem próchnieniem tegmen tympani; 2) nie o wiele rzadziej nadżarcie od strony zatoki poprzecznej i esowatej; 3) stan zapalny części gąbczastej kości płaskich (wskutek zatkania drobnych naczyń i żył), bezpośrednio przechodzący na opony; 4) nadżarcia błędnika; a szerzy się przez 5) naczynia krwionośne i chłonne (częściej w przypadkach ostrych) oraz 6) wzdłuż n. twarzowego.

---

*Kierownikowi oddziału oto-laryngologicznego*
*dr. L. Lublinerowi*
*w 40-tą rocznicę Jego pracy szpitalnej.*

# O dermatozach wysiękowych jamy ustnej i gardłowej

Podał
**Juljan Chorążycki.**

Do tematów najmniej omawianych w literaturze laryngologicznej należy, bez wątpienia, zagadnienie powstawania wykwitów wysiękowych błony śluzowej jamy ustnej, względnie gardłowej — bądź samoistnie, bądź w związku z analogicznemi wykwitami skóry.

Przegląd szczegółowy wielu prac i podręczników, pozwala

stwierdzić, iż t. zw. dermatozy wysiękowe jamy ustnej i górnych dróg oddechowo-pokarmowych traktowane są pobieżnie, aczkolwiek nie wszystkie dermatozy należą do schorzeń rzadko spotykanych w praktyce laryngologicznej. Wspomnę tu tylko o różnych postaciach pokrzywki skórnej, którą nie rzadko spostrzega się na błonie śluzowej jamy ustnej, a jednak pod względem anatomo-patologicznym i mechaniki powstawania jest mało zbadana. Pierwszym, który określił pokrzywkę, jako chorobę naczynioruchową, był Vidal[1]), nie był pewnym tylko, czy ma się tu do czynienia z następczemi objawami niedomogi chwilowej nerwów naczynioruchowych, czy też z ich podrażnieniem, wywołującem objawy skurczu. Pierwszym objawem, rzucającym się w oczy przy nagłej niedomodze nerwów naczynioruchowych błony śluzowej, jest przekrwienie tejże i zaczerwienienie. Zaczerwienienie, jakkolwiek występuje ono w bardzo silnym stopniu, znika już na drugi dzień, często nawet po kilku godzinach; niekiedy jednak przy trwającym rozkurczu mamy — obok analogicznych zmian na skórze — wysięki ograniczone oraz rozlane w błonie śluzowej. Do pierwszych zaliczamy różne postaci pokrzywki i opryszczki, do drugich obrzęk Quincke'go.

Należy ściśle odgraniczyć dermatozy wysiękowe, powstające na tle naczynioruchowem (angioneurotycznem), od wykwitów o podobnem podłożu wysiękowem, lecz wynikających ze stanów zapalnych tkanki, prawdopodobnie pochodzenia drobnoustrojowego (zapalenie pęcherzykowe ust — stomatitis aphtosa, pęcherzyce i t. p.). Do trzeciej kategorji zaliczano rumień wielokształtny wysiękowy, który jedni (Unna, Jadasson, Pringle) zaliczali do chorób o charakterze zapalnym, inni znów (Neisser, Neumann) zaliczali do grupy pośredniej między chorobami pochodzenia naczynioruchowego a zapalnego. Już tem samem, że w pokrzywce i chorobach jej pokrewnych objawów zapalnych tkanki nie ma, powoduje, że zmiany błony śluzowej są tu minimalne, szybko przemijające i nie pozostawiają po sobie wyraźnych śladów. To też badanie drobnowidowe tych wykwitów błony śluzowej nastręcza pewne trudności, gdyż zależy je wykonać w tym momencie, kiedy wysięk w postaci pęcherzyków czy nacieku jest jeszcze tak zachowany, iż nadaje się do wycięcia celem zbadania drobnowidowego.

[1]) De l'urticaire. Ann. de Derm. et Syphil. 1880.

Chciałbym tu podać dwa przypadki — jeden pokrzywki pospolitej a jeden rumienia wielokształtnego wysiękowego,—które zbadane przezemnie anatomo-patologicznie i klinicznie pozwalają odtworzyć patogenezę tych chorób.

U pani J. M., lat 32, nauczycielki, wytworzył się na twarzy górnej wardze, czole, szyi i górnych kończynach cały szereg pęcherzy i bąbli wielkości soczewicy i fasoli, dość przezroczystych. Jednocześnie na błonie śluzowej miękkiego podniebienia, jezyczka, języka i dolnej wargi powstały niewielkie, wielkości ziarnka prosa i połowy grochu polnego, pęcherzyki z płynną przezroczystą treścią, które wkrótce pękały. Cała błona śluzowa jamy ustnej i gardła była spulchniona. Jednocześnie wystąpił obrzęk górnego brzegu nagłośni, nie wywołujący jednak uczucia duszności. Z objawów podmiotowych, jakie te wykwity wywoływały, jedynym, ale bardzo dokuczliwym, było ustawiczne swędzenie skóry o słabszem czy silniejszem natężeniu, a w jamie ustnej i gardłowej uczucie pieczenia i drapania. Ból b. nieznaczny, tylko przy przyjmowaniu pokarmów. Gruczoły chłonne nie były powiększone, prawie nie wyczuwalne, z ucisku niebolesne. Obserwując chorą, po dwu dniach znalazłem na skórze już tylko kilka pęcherzyków, gdy większość już znikła Natomiast na błonie śluzowej miękkiego podniebienia pozostał jeden maleńki pęcherzyk, którego zawartość była mętnawa i który z dotyku zgłębnikiem pękł, przyczem wydaliła się kropla płynu krwawo-surowiczego. Na 3 dzień choroby pokrzywka skóry oraz spulchnienie błony śluzowej znikły zupełnie. Po 6 tygodniach chora zjawiła się że świeżym nawrotem pokrzywki, mówiła głosem ochrypniętym. Tym razem stwierdziłem w jamie gardłowej mocne zaczerwienienie i lekkie obrzmienie błony śluzowej na migdałach i łukach podniebiennych. Na twardem podniebiemiu oraz na błonie śluzowej lewego policzka wysypały liczne pecherzyki, niektóre, zwł. na policzku, z czerwoną otoczką. Chora nie uskarżała się ani na ból w połykaniu, ani na utrudnienie oddechu, miała tylko niesmak w ustach i uczucie pieczenia. Jeden z pęcherzyków na błonie śluzowej policzka po powierzchownem znieczuleniu kokainą usunąłem wraz z tkanką podśluzową i po uprzedniem utrwaleniu i zabarwieniu zbadałem drobnowidowo.

Badanie wykazało, że nabłonek nad wysiękiem składał się z takiej samej liczby warstw, jak i nabłonek normalny, w który bezpośrednio przechodzi. Prawdopodobnie płyn, który nagle wystąpił z naczyń włosowatych, znajdujących się w brodawkach tuż pod nabłonkiem w warstwie właściwej błony śluzowej, oderwał nabłonek i siłą parcia, mechanicznie, odłączył go od podstawy, tworząc w ten sposób pęcherzyk. Nabło-

nek leżący w postaci pasemka na powierzchni wysięku, jest wielowarstwowy, płaski, pojedyncze komórki jego są nieco rozsunięte, niezmienione, jądra ich barwią się dobrze. Pomiędzy komórkami nabłonka widać tylko pojedyncze komórki limfatyczne. Naogół sam nabłonek nie uległ nacieczeniu, jak również warstwa właściwa, leżąca pod wysiękiem oraz błona podśluzowa, te bowiem nacieczone nie były.

Jak widzimy, obraz mikroskopowy w zupełności się zgadza u z przebiegiem klinicznym pokrzywki. Nieznaczne dolegliwości o charakterze nieżytowym mogą odpowiadać tylko tym zmianom, jakie znaleźliśmy w naszym skrawku, a brak większych bólów, niezajęte, niebolesne i wolne gruczoły chłonne oraz zniknięcie, prawie że w znikomym czasie, wszelkich zmian na skórze i błonie śluzowej, możliwe jest tylko, gdy niema nacieczenia drobnokomórkowego i innych własności zapalnych tkanki. Pomijamy oczywiście zmiany, jakie tu mogą zajść przez wtórne zakażenie drobnoustrojami, jak to miało miejsce w pierwszym okresie choroby u naszej chorej, gdy jeden pęcherzyk — z początku z zupełnie przezroczystą treścią — zmętniał i zawierał w sobie potem ciecz surowiczo-krwawą.

Wręcz przeciwne dane znajdziemy natomiast w przypadku rumienia wielokształtnego wysiękowego, do opisu którego obecnie przystępuję.

S. S., l. 24, wyrobnik, po przespanej nocy obudził się ochrypnięty z uczuciem palenia i drapania w gardle, bólem języka oraz bólem w połykaniu, które stopniowo wzrastały. Przypuszczając, iż mam do czynienia z pospolitym ostrym stanem zapalnym gardła—gdyż narazie poza silnem zaczerwienieniem i przekrwieniem błony śluzowej nic nie spostrzegłem—zaleciłem płukanie $H_2O_2$ i okłady na szyję. Ku wieczorowi $t^0$ do $39^0$, a na skórze zaczęły się zjawiać liczne pęcherze i bąble, które w ciągu dni najbliższych dały typowy obraz rumienia wysiękowego wielokształtnego.

Nie wdając się tu w szczegóły o wykwitach skórnych, zatrzymam się nieco dłużej na zmianach, jakie wykryłem na błonie śluzowej jamy ustnej w trzecim dniu choroby. Otóż, poza silnem zaczerwienieniem i spulchnieniem, błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli pokryta była na obu podniebieniach, brzegach języka, dziąsłach i wargach licznemi okrągłemi nieco krwawiącemi nadżerkami, które pokryte były strzępami nabłonka Na dnie nadżerek—brudno szarawe małe naloty. Na wargach—strzępy błony śluzowej były mniej luźne, jakby zlepione z nalotami. Również na migdałach, w miejscach, gdzie nadżerki, strzępów nie było. Na niektórych nadżerkach, gdzie

naloty jeszcze się nie sformowały i gdzie dno było jeszcze błyszczące i wilgotne, ukazywały się drobne sople żółto-szarawego wysięku, które wkrótce się zlewały i tworzyły owe małe naloty. Nie ulega wątpliwości, że zarówno na błonie śluzowej, jak i na skórze, wysypały pęcherzyki, które jednak już po paru godzinach pękły, pozostawiając po sobie owe braki w postaci nadżerek i strzępów. Choremu dokuczał silny ból w połykaniu, język był obłożony, gruczoły chłonne podżuchwowe powiększone, dobrze odgraniczone, bolesne z ucisku. Po zbadaniu drobnowidowem jednej z takich nadżerek (z prawego przedniego łuku podniebiennego) okazało się, że zarówno tkanka podśluzowa, jak i warstwa właściwa błony śluzowej, były bardzo zmienione. Nabłonek wielowarstwowy znikł zupełnie. Resztki nabłonka, które stopniowo na brzegach nadżerki przechodzą w wyżej wzmiankowane strzępy, składały się z oddzielnych oderwanych od siebie grup komórek mętnawych o nierównych, jakby napęczniałych, kształtach, z blado barwiącemi się jądrami. W szparach pomiędzy zachowanemi jeszcze komórkami nabłonka pozostały oddzielne pasemka i wiązki włóknika oraz liczne ciałka okrągło — i drobnokomórkowe; było tu również dużo czerwonych ciałek krwi. Oddzielne wiązki włóknika już w samej warstwie właściwej błony śluzowej były więcej skupione i tworzyły jednolitą masę. W podśluzówce tkanka łączna była również przesiąknięta i zawierała w dużej liczbie ciałka białe, przyczem jej budowa włóknista była znacznie mniej zbita, niż normalnie, a więcej ziarnista.

Jak widzimy, podłożem anatomicznem cierpienia jest ostrozapalny wysięk, a w związku z tem zrozumiały będzie cały przebieg choroby z wysokiem podniesieniem ciepłoty, zajęciem gruczołów chłonnych, bólami i t. d.

Zasługuje tu na uwagę to, że wybuch właściwej choroby poprzedzały zwiastuny, z siedliskiem w gardle, w postaci objawów ostro przebiegającego nieżytu. Dopiero po pewnym czasie zjawiły się charakterystyczne wykwity na skórze i błonie śluzowej.

Taki sam przebieg cierpienia rumieniowego, umiejscowionego w jamie ustnej i gardłowej, widziałem jeszcze w jednym przypadku, który miałem możność obserwować na oddziale IV chorób skórnych, dzięki uprzejmości ordynatora d-ra Markusfelda. Chory J. H., l. 18, z zawodu tragarz, przybył do szpitala z daleko już posuniętem cierpieniem rumienia wielokształtnego wysiękowego skóry i błony śluzowej. Widziałem tu w jamie ustnej podobne nadżerki z nalotami i resztkami nabłonka, jakie opisano przed chwilą. Chory twierdził, że miał już trzeci nawrót choroby i że przed każdym napadem miał ból gardła i chrypkę.

Z oddziału oto-laryngologicznego. (Ordynator: L. Lubliner).

*Kierownikowi oddziału*
*w 40-tą rocznicę Jego pracy szpitalnej.*

# Powikłania krtaniowe w przebiegu grypy 1926/27 roku.

Podał

**Paweł Mackiewicz**

Asystent oddziału

Z liczby schorzeń i zgonów na grypę w Warszawie w końcu roku ubiegłego i w początkach roku bieżącego trudno wnioskować, że we wspomnianym okresie panowała w Warszawie epidemja grypy. W świetle cyfr dane o tem przedstawiają się w sposób następujący:

| Miesiąc | Rok | Liczba zachorowań | Liczba zgonów |
|---|---|---|---|
| Październik | 1926 | 10 | 3 |
| Listopad | 1926 | 16 | 8 |
| Grudzień | 1926 | 13 | 32 |
| Styczeń | 1927 | 29 | 61 |
| Luty | 1927 | 27 | 19 |
| Marzec | 1927 | 22 | 11 |

Cyfry te (zaczerpnięte z Wydz. Statystyczn. Magistratu stoł. m. Warszawy) miarodajne być nie mogą, chociażby dlatego, że liczba zgonów, np. w grudniu 1926 r., jest prawie 3 razy większa, niż liczba zarejestrowanych zachorowań lub w styczniu 1927 r. jest przeszło 2 razy większa niż liczba zarejestrowanych zasłabnięć na grypę w tym miesiącu. A jednak rzecz to ogólnie znana, że epidemja grypy we wspomnianym okresie w Warszawie istniała, że zbiegła się z większą epidemją w Europie Zachodniej (przeważnie we Francji i Anglji), że miała tam przebieg o wiele cięższy niż u nas.

Niedokładności i sprzeczności tych danych wytłumaczyć możemy tem, że epidemja miała bardzo łagodny przebieg, że chorzy w większości wypadków nie udawali się po poradę do lekarzy, a stosunkowo nieliczne wypadki, które dostały się pod obserwację lekarską, miały o tyle łagodny, krótkotrwały i niepowikłany przebieg, że nie zostały zarejestrowane. Jedyny wniosek, jaki z przy-

toczonego zestawienia możemy wysnuć, jest ten, że epidemja grypy, sądząc z liczby zgonów, największe nasilenie osiągnęła w grudniu r. 1926 i styczniu r. 1927.

Każda epidemja grypy coraz bardziej wzbogaca piśmiennictwo laryngologiczne, omawiające specjalnie powikłania krtaniowe w przebiegu tej choroby. Pod tym względem wyróżnić należy ostatnie dwie epidemje w Europie (1890 r. i 1918).

Już Fraenkel w roku 1890 podał wiele przypadków z powikłaniami krtaniowemi, które wówczas spostrzegał. W większości przypadków Fraenkel stwierdził na prawdziwych strunach głosowych błony rzekome, które łatwo dawały się usunąć i nazajutrz znów powstawały. Błony te wywoływały bezgłos i niekiedy duszność, przyczem Fraenkiel podkreśla, że właśnie to tworzenie się błon rzekomych na strunach uważał za typowe dla powikłań krtaniowych w przebiegu epidemji r. 1890-go. Jochman w podręczniku o epidemji (1889 — 1893) mało mówi o powikłaniach krtaniowych grypy, zaznacza jednak, że widział przypadki zapalenia krwotocznego krtani (laryngitis haemorrhagica) z objawami obrzęku głośni. Schäffer spostrzegał u 25-cioletniego, podczas epidemji 1889 — 1890, na 9 dzień po przebytej grypie ropień lewej chrząstki nalewkowej, który samoistnie pękł. Rhese, Stettner również obserwowali wówczas błony rzekome na strunach i pod strunami, jako powikłania w przebiegu grypy.

Imhofer opisał przypadki jednostronnego porażenia krtani w grypie.

Gdy jednak naogół piśmiennictwo o powikłaniach krtaniowych podczas epidemji 1890 roku traktuje o pojedynczych przypadkach i ustala wnioski z niewielkiego względnie materjału, to literatura laryngologiczna 1918 roku jest bez porównania bogatsza i oparta na większym materjale. Klinicyści w r. 1918 spostrzegali wiele zmian anatomo-patologicznych i klinicznych, które nie były znane podczas epidemji 1890 roku; natomiast podczas epidemji 1918 r. nie były opisane niektóre z tych zmian, jakie zaobserwowano w r 1890.

Tak więc znajdujemy w piśmiennictwie z okresu 1918 r. wzmianki od zwykłych zapaleń gardła aż do ciężkich ropni krtani. Gerber opisał przypadki pod postacią t. zw. laryngitis acuta phlegmonosa. J. Meyer opisał 15 przyp. w wiek od 1 — 40 lat, z których 8 skończyło się śmiercią (włóknikowo-ropne naloty w krtani z owrzodzeniami).

Wielu innych autorów opisuje przypadki, gdzie na pierwszym planie były zapalenia ochrzęstnej krtani i ropnie krtaniowe. Brüggelman obserwował 4 przypadki, z których w 2 było zapalenie całej chrząstki tarczowej, z ropniakiem skóry szyi, który pękł. Często opisywano również podczas epidemji grypy w 1918 roku błonicze zapalenia krtani i gardła, pałeczek Löfflera jednak tu nie wykryto. Jeszcze większe zmiany spostrzegali Simons, Verse: owrzodzenia, martwaki chrząstek i krtani. Max Meyer podaje 6 badań histo-patologicznych, które wykazały zmiany, nieopisywane pogrypie: martwicowe zmiany; zakrzepy naczyń, wypełnionych paciorkowcami w migdałkach, błonie śluzowej i w krtani (klinicznie rozpoznawano je, jako błonicze). Brak zapalnych objawów w tkankach Max Meyer tłumaczy tem, że osłabiony organizm nie był zdolny wytworzyć odczynu obronnego w po staci stanu zapalnego, toksyny wywołały w tych przypadkach zmiany martwicowe. Herzog in vivo widział zmiany w tchawicy, jako powikłanie w grypie u 11-letniego chłopca, którego (wobec silnych objawów zwężenia dróg oddechowych) bronchoskopowano (przypuszczano ciało obce w tchawicy). Okazało się jednak, że duszność wywołało nie obce ciało, a ostry, zapalny stan śluzówki tchawicy, obrzmiałej, wypełnionej śluzowo-krwawą wydzieliną; po odtłoczeniu wydzieliny duszność ustąpiła.

O stronie bakterjologicznej tego zagadnienia mało spotykamy w piśmiennictwie prac. Rzecz znana, że zarazkiem grypy jest bakterja influenzy Pfeiffera, którą przeważnie wykrywano w skupieniach wraz z przypadkowemi bakterjami, w pierwszym rzędzie dwoinkami, łańcuszkowcami, rzadziej gronkowcami. Z wielu przypadków wynika, że bakterje Pfeiffera są poniekąd jakby pionierami, pierwsze rzucają się do ataku, a przezwyciężywszy opór tkanek, torują drogę innym bakterjom, które w normalnych warunkach znajdują się w drogach oddechowych.

Na podstawie piśmiennictwa obszernego o powikłaniach krtaniowych w czasie epidemji grypy można naogół wszystkie przypadki powikłań, dotąd obserwowane podczas epidemji (1890 i 1918), podzielić na następujące grupy podług zmian anatomicznych: I. zapalenie ostre śluzówki krtani nad i pod strunami z obrzmieniem; II. owrzodzenie śluzówki krtani, niesięgające do głębszych warstw; III. zapalenia ochrzęstnej drobnych chrząstek nalewkowych, nagłośni i większych (chrząstka tarczowa); IV. ropnie i ropniaki krtani; V. naloty rzekome, podobne do błoniczych; VI. martwice. Aczkolwiek epidemja grypy końca

roku 1926 i początków 1927 miała bardzo łagodny przebieg i krótkotrwały, jednak tu obok powikłań ze strony górnych dróg oddechowych spostrzegano powikłania ze strony krtani o względnie znacznych zmianach anatomicznych.

Oto 8 przypadków, z których jeden był obserwowany w warunkach ściśle klinicznych.

I. M. L., lat 25; 14/XII.26 r., katar, ból gardła, z wieczora t° 37; nad ranem 15/XII suchy kaszel, uczucie dławienia, a powoli i duszność. St. ob.: ochrypłość; lekka duszność wdechowa; silnie zaczerwieniona sluzówka gardzieli; struny fałszywe zaczerwienione, jak i struny prawdziwe. Pod strunami silne obrzmienie i zaczerwienienie śluzówki, zwężające w pewnym stopniu światło. Płuca bez zmian. — Okład, wziewania, kodeina i aspiryna. Następnego dnia obrzmienie pod strunami powiększyło się tak, że chora zmuszona była stale siedzieć w łóżku. T° 37,8. Drogi oddechowe bez zmian. Na szyję z 2-ch stron pijawki.

17 XII. Stan lepszy. Obrzmienie mniejsze. Zaczerwienienie trwa. T°. 38, silny katar, śluzówka nosa przekrwiona, obrzmiała; wydzielina śluzowo-ropna. 18 XII. Objawy w krtani znacznie mniejsze: obrzmienie ustępuje; katar silny; t°.—37,8; w oskrzelach to samo. Po 10 dniach sprawa krtaniowa ustąpiła. Typowy przebieg grypy; po chorobie ogólne wyczerpanie.

II. 12/I.27, Z. K. lat 40. Influenca o łagodnym przebiegu, 37°.5 — 38°. Już na początku chrypka. W nocy (po 7 dniach choroby) wzmógł się kaszel i wystąpiła duszność. St. ob.: oddech ciężki, szczególnie utrudniony wdech; głos bezdźwięczny; śluzówka gardła przekrwiona; struny prawdziwe i fałszywe znacznie zaczerwienione, obrzmiałe; pod strunami duże wały obustr. Sluzówka bardzo czerwona i obrzmiała; znacznie zwężone światło; badanie wysłuchowe b. utrudnione. Po pijawkach i okładach lodowych zwężenie i obrzmienie ustąpiło. Sprawa trwała kilka dni.

III. 19/I.1927, P. D. l. 27 Influenca typowa; w przebiegu chrypka, ostatnio krwioplucie, stąd niepokój chorej. W nosie i gardzieli zmiany niewielkie, nigdzie śladów krwi. Struny prawdziwe znacznie zaczerwienione, pokryte suchą wydzieliną z dużą domieszką krwawych strupów. Po usunięciu wydzieliny widać rozszerzone naczynia na powierzchni krtani; strupy śluzowo-krwawe i pod strunami. Oskrzela, płuca bez zmian. Chrypka i krwioplucie trwały do tygodnia.

IV. 25.I. M. H., lat 30. Po influency, która trwała około tygodnia z powikłaniami (pleuro-pneumonia dextra), pozostał ból gardła obu stron (samoistny i w łykaniu).

St. ob.: w gardzieli — bez zmian.

W krtani—struny fałszywe niezmienione, prawdziwe—lekko zaczerwienione, na obu strunach u proc vocales—płaskie owrzodzenia; brzegi owrzodzeń lekko zaczerwienione; (w płucach zmian gruźliczych nie ujawniono). Owrzodzenia zagoiły się w ciągu miesiąca [1]).

V. M. K., lat 38. Od 22.I.1927 r grypa; trwała do 10.II.27. Przez 6 dni t° od 38°.5 39°.6, poczem stan był podgorączkowy. W 2-gim tygodniu choroby białkomocz. 10.II opuszcza łóżko, lecz wyczerpany, nie wychodzi. 16.II nagle dostaje dreszczy; ciepłota do 39.4; silne bóle gardła—samoistne i w łykaniu.

St. ob.: W gardzieli bez zmian. Błona śluzowa krtani lekko zaczerwieniona; nagłośnia nieco obrzmiała. 18.II bezgłos, bóle w łykaniu znacznie się wzmogły, nie jest w stanie przyjmować pokarmów. Struny fałszywe i prawdziwe — b. zaczerwienione; nieznaczne obrzmienie chrząstek nalewkowych W ciągu następnego tygodnia stan coraz gorszy, aż 24.II wykrztusił w znacznej ilości cuchnącą ropną wydzielinę z domieszką krwi. Nazajutrz spostrzeżono na lewej chrząstce nalewkowej ubytek śluzówki; tu sączyła się ropa. Odtąd stan stale się poprawiał.

VI. B. L., lat 26, aplikant sądowy. Przed 10 dniami wstał po grypie, która trwała 6 dni z przebiegiem typowym: gorączka do 39°, bóle w stawach i katar. W ciągu 10 dni po grypie czuł się o tyle dobrze, że wrócił do pracy. Nagle wieczorem 18.I dreszcze, skargi na ból gardła po str. lewej, szczeg. w łykaniu. Płukanie i okłady w ciągu całego następnego dnia bez skutku. St. ob. 20.I. T°. 38 .4. Zaczerwienienie w gardzieli, i w krtani, nagłośni lewa połowa nieco obrzmiała, przyczem obrzmienie przechodzi na lewe więzadło nalewkowo-nagłośniowe. 21.I. Noc niespokojna. Bóle wzmogły się. Obrzmienie nagłośni wzrosło; obrzmiała też lewa chrząstka nalewkowa. Na powierzchni krtaniowej nagłośni punkcik białawy. Propidon. 22.I. Bezsen w ciągu nocy. T°. 39.9°. Krtań zaczerwieniona. W miejscu, odpowiadającem w przeddzień białemu punktowi, otworek, jak ziarnko prosa, skąd ropa. Bóle mniejsze. Po 5-ciu dniach wyzdrowienie.

VII. B. R , lat 31. Przybyła na oddz. obserwacyjny Szpit. na Czystem 3.II.1927 r ; zachorowała 27.I: dreszcze, łamanie w stawach, katar. Ciepłota pierwsze 2 dni do 39°. Stwierdzono grypę; na trzeci dzień choroby silny ból gardła, nie mogła przełknąć nawet płynów Stale „dławienie" w gardle, stąd chrząkanie, bezsenność. — 1.II. w nocy, dławiąc się, wychrząknęła plwocinę krwawo zabarwioną. Pogorszenie; przeniesienie

---

[1]) Pierwsze 4 przyp. były spostrzegane przez p. dr. M. Hertza, który chętnie pozwolił mi skorzystać z nich dla treści tego artykułu.

do szpitala na oddz. obserwacyjny. Tu stwierdzono: język nieco obłożony, wilgotny; łuki podniebienne oraz migdałki zlekka zaczerwienione; nalotów nie było. Szyja bolesna. Cicha, nieco zachrypnięta mowa. W płucach, sercu i jamie brzusznej bez zmian Śledziona, wątroba niemacalne. 4 II $t^0$ 37.8° — 38.6°; bóle gardła większe; kilkakrotnie w plwocinie krew. Laryngolog wówczas stwierdził: gardziel bez zmian, nagłośnia oraz lewe więzadło nalewkowo-nagłośniowe zaczerwienione i obrzmiałe; wobec silnego obrzmienia nagłośni wejście do krtani zwężone, co utrudnia badanie strun głosowych; obydwie chrząstki nalewkowe są również zaczerwienione i obrzmiałe. W rowku językowo-nagłośniowym po str. lewej — biały punkcik. Chorą przepisano na oddz. V laryng. 5.II. W gardzieli zmian niema. Cała lewa okolica krtani wraz z chrząstkami nalewkowemi zaczerwieniona i obrzmiała. W miejscu, gdzie wczoraj był punkcik biały w rowku językowo-nagłośniowym, dziś ropna wydzielina. Na chrząstce nalewkowej lewej również widoczny biały punkcik. Propidon. 6.II. $T^0$ 37.3° — 38.9°. Bóle w łykaniu mniejsze. Nacieczenie nagłośni również mniejsze. Plwocina krwawo zabarwiona. Na lewej chrząstce nalewkowej, która jest mniej nacieczona niż dnia poprzedniego, widać otwór, skąd ropa. 7.II. Samopoczucie chorej lepsze; łyka lepiej. $T^0$ 37.1° — 38.4°. Od 8.II stopniowe polepszenie, a 13.II chora opuszcza oddział. W ostatniem badaniu lewej chrząstki nalewkowej widać tu było jeszcze ubytek błony śluzowej.

VIII. D. P. lat 34. Na początku II.1927 r. grypa; trwała 6 dni typowo, bez powikłań. Po tygodniu nagle dreszcze wieczorem, gwałtowne bóle gardła i trudne oddychanie. Z wieczora stwierdzono zaczerwienienie i znaczne obrzmienie nagłośni, wejście do krtani było znacznie zwężone. $T^0$ do 39.4; nazajutrz stan jeszcze gorszy, objawy duszności się wzmogły. Nakłucie nagłośni — wydobyto nieznaczną ilość treści surowiczej. Następnie wykonano kilka nacięć na nagłośni. Objawy duszności stopniowo ustąpiły, lecz bóle gardła nie zmniejszyły się. Bóle były tak silne, że pacjenta podtrzymywano odżywczemi lawatywami. Dopiero po tygodniu zaczęły ustępować obrzmienie i zaczerwienienie nagłośni. Po 2-ch tygodniach powrót do zupełnego zdrowia.

W zestawieniu można powiedzieć, że przypadek pierwszy i drugi są dostatecznym przykładem powikłania krtaniowego pod postacią laryngitis subchordalis z objawami zwężenia krtani. Przypadek trzeci ilustruje postać laryngitis haemorrhagica. Przypadek czwarty — laryngitis ulcerosa. Przypadek piąty—laryngitis phlegmonosa.

Przypadek szósty, siódmy i ósmy — perichondritis laryngis z ropniami krtani. — Widzimy więc z przytoczonego, że ostatnia epidemja grypy spowodowała obrazy różnorodnych zmian anatomopatologicznych, które dają się ująć w 6 grup, wyżej wymienionych. Wyjątek stanowią zmiany, zaliczone do grupy V i VI. Łącznie będą tu słuszne następujące wnioski:

1. powikłania krtaniowe w okresie ostatniej epidemji występowały zarówo w przebiegu choroby, jak i po jej wygaśnięciu, nawet po upływie 1 tygodnia;

2. zniszczenia krtani, jako powikłania grypy, nie występują współrzędnie z nasileniem epidemji.

---

Z oddziału oto-laryngologicznego. (Ordynator L. Lubliner).

*Kierownikowi oddziału w 40-tą rocznicę Jego pracy szpitalnej.*

# Przyczynek do spraw zapalnych tkanki okołomigdałkowej po tonsillotomji.

Podał

**M. Wygodzki**

Tak zwany „problemat migdałkowy" nie przestaje być przedmiotem rozważań i dyskusji na łamach literatury fachowej. Szczególnie w sprawie teoretycznego uzasadnienia wyłuszczania migdałków panuje daleko idąca rozbieżność poglądów. W ostatnich latach zabieg powyższy został w sposób poniekąd przesadny spopularyzowany, co doprowadziło do częściowego przekroczenia granicy właściwych wskazań.

Jaskrawym przykładem podobnej przesady mogą służyć Stany Zjednoczone Północnej Ameryki. Tam niektóre towarzystwa asekuracyjne wydały bogatą literaturę agitacyjną (wzmocnioną odpowiednią reklamą), usiłującą skłonić klijenta, aby przed przystąpieniem do ubezpieczenia na wypadek śmierci lub choroby bezwzględnie poddał się operacji wyłuszczenia migdałków. Tego rodzaju „psychoza tonsillotomijna" znalazła pewien oddźwięk i u nas. Od czasu do czasu zwracają się do nas pacjenci,

którzy na stereotypowe pytanie lekarza o dolegliwości chorobowe, nic innego nie odpowiadają, jak: „proszę o usunięcie migdałków“.

W ten sposób cenna zdobycz współczesnej laryngologji, jaką jest tonsillotomja, uległa pewnej profanacji.

Pożądane jest przeto, aby utrzymać ocenę potrzeby wymienionego zabiegu zawsze na należytej wysokości sądu krytycznego, ujawnianie również i odwrotnej strony medalu. Sądząc z piśmiennictwa amerykańskiego ostatniej daty i tam nastąpił zwrot dodatni w wymienionem wyżej nadmiernem stosowaniu tonsillotomji.

Spostrzeżenia po dokonanych dokładnie w ostatnich 3-ch latach na materjale szpitalnym, ambulatoryjnym, wzgl. prywatnym, tonsillotomjach nasunęły mi kilka myśli, które kiedy indziej obszerniej rozpatrzę, w pracy zaś niniejszej mam zamiar tylko podać i omówić te przypadki, w których po doszczętnem wyłuszczeniu migdałków nie nastąpiło całkowite usunięcie przyczyny powstawania angin, czego po pewnym czasie zazwyczaj chorzy się spodziewają.

Są to przypadki zapalenia tkanki okołomigdałkowej, które przebiegają klinicznie jako angina follicularis, z typowemi nalotami i 2-4 dniowym przebiegiem gorączkowym.

I. A. K., l. 24; tonsillotomja przed 2 laty; wskazanie: częste anginy. Naloty—typowe o układzie wysepkowatym—obustronnie, obrzęki łuków migdałkowych; przebieg—2 dniowy; wahania ciepłoty — 38 — $39^{1}$.

II. S. L., l. 18; tonsillotomja przed 1½ rokiem; wskazania: — corocznie anginy i ropnie okołomigdałkowe; naloty — w prawej niszy migdałkowej, obrzęk łuku tylnego i języczka; przebieg — 3 dniowy, wahania ciepłoty — $37^{7}$ — $39^{8}$.

Powikłanie: ostre zapalenie ucha środkowego po stronie prawej.

III. M. L., l. 29; tonsillotomja — przed rokiem; wskazania: kilkakrotnie anginy i ostry gościec stawowy; naloty — wysepkowate na ściankach nisz migdałkowych — obustronnie; przebieg — 4 dniowy, wahania ciepłoty — $37^{1}$ — $38^{7}$; powikłanie: glomerulonephritis ac.

IV. D. K., l. 23; tonsillotomja — przed 5-u miesiącami; wskazanie: częste anginy i ropnie okołomigdałkowe; naloty — wypełniają całkowicie niszę migdałkową prawą, bakterjologiczne badanie nalotu: paciorkowce i pasorzyty trupie; przebieg—2 dniowy; ciepłota: $38^2$ — $39^1$.

V. F. G., l. 21; tonsillotomja przed $^1/_2$ rokiem; wskazanie: anginy i gorączka kryptogenetyczna; nalot—typowy w dolnej części prawej niszy, obrzęk przedniego łuku podniebiennego; przebieg — 3 dniowy; ciepłota — $37^1$—$38^1$.

VI. A. S., l. 20, tonsillotomja przed 3-a laty; wskazanie — 2-krotnie ropnie okołomigdałkowe; naloty — typowe na ścianach nisz obustronnie, przebieg — 4 dniowy; ciepłota — $37^1$ — $39^6$. Powikłanie — uporczywy suchy nieżyt gardzieli.

VII. I. K., l. 19; tonsillotomja — przed 8-u miesiącami; wskazania — nadmierna wielkość migdałków i jedna angina; nalot grubowarstwowy w dolnej części lewej niszy migdałkowej; badanie bakt.: gronkowce i paciorkowce; obrzęk łuków podniebiennych; przebieg 2 dniowy; ciepłota — $38^5$ — $39^0$.

VIII. G H., l. 31; tonsillotomja — przed 3-a laty; wskazanie: anginy prawie corocznie; naloty — niewielkie w lewej niszy migdałkowej, obrzęk łuku przedniego i lewej $^1/_2$ podniebienia miękkiego i języczka; szczękościsk przebieg 5 dniowy; ciepłota — $38^4$ — $39^8$. — Powikłanie — ropień okołomigdałkowy.

IX. S. M., l. 19; tonsillotomja — przed rokiem; wskazania — anginy i ostry gościec stawowy; naloty — typowe w prawej niszy; przebieg — 3 dniowy; ciepłota $38^2$— $39^3$. Powikłanie — globus hystericus.

Przytoczone powyżej przypadki potwierdzają zdanie wielu badaczy, że idealne wyłuszczenie migdałków jest rzeczą rzadką, gdyż po zabiegu mogą pozostać resztki tkanki migdałkowej wskutek zrostów pozapalnych otoczki z tkanką migdałkową i okołomigdałkową. Bywa to również w tych przypadkach, kiedy w okresie rozwojowym tkanka migdałkowa, przebijając miejscami otoczkę, wrasta w tkankę okołomigdałkową. Resztki te wraz z pozostałością pierścienia Waldeyera mogą być punktem wyjścia dla „nawrotów anginowych"

Z Oddziału oto-loryngologicznego. (Ordynator: L. Lubliner.)

*Kierownikowi oddziału w 40-tą rocznicę*
*Jego pracy szpitalnej.*

# Z kazuistyki zapaleń błędnika.

Podał:

**Wł. Dworecki.**

W polskiem piśmiennictwie lekarskiem nie ogłoszono dotąd pracy oryginalnej z dziedziny zapaleń błędnika, opartej na większym materjale klinicznym. Wyczerpać tak obszerne i zawiłe zagadnienie, jakiem jest zapalenie błędnika, w wąskich ramach artykułu, nie czuję się na siłach, to też zamierzam tu tylko podzielić się spostrzeżeniami, które uczyniłem w tej dziedzinie w ciągu ostatnich pięciu lat na oddziale d-ra Lublinera. W tym okresie obserwowaliśmy 40 przyp. zapalenia błędnika. Jest to liczba znaczna, jeżeli ją porównamy ze statystyką u F. Nuernberga (z kliniki prof. Leuteta w Gissen) w jego pracy „Beiträge zur Klinik der Labyrintheiterungen".

Hinsberg z Wrocławia 46, Friedrich z Kill 27, Schwartze z Halle 44. Kümwel z Heidelbergu 25, Neumann z Wiednia 52, Nuernberg z Gissen 26.

Statystyka ta obejmuje spostrzeżenia do r. 1908. Od tego czasu jednak w miarę postępu wiedzy i udoskonalenia techniki operacyjnej, liczby te wzrastają z roku na rok. E. Ruttin podaje 108 przypadków z kliniki Neumanna we Wiedniu od 1907 r. do 1910 r. Schlander 150 przypadków zapaleń błędnika (1920 do 1925 r. na klinice Neumanna w Wiedniu).

Z naszych 40-u przypadków zapaleń błędnika przypada na:

Labyrinthitis circumscripta 17.
„ diffusa serosa 5
„ diffusa purulenta manifesta 7.
„ diffusa purulenta chronica 10.
„ luetica 1.

Wszystkie te przypadki dają się podzielić na 3 grupy:
I. niepowikłane, II. powikłane przed operacją, III powikłane po operacji.

Z tych 40-u chorych operowano 31. Z nieoperowanych część odzyskała poprawę lub wyzdrowienie bez zabiegu, część na operację się nie zgodziła. Z 31 operowanych przez d-ra

Lublinera i jego asystentów wypisało się z poprawą, wzgl. wyleczonych 21, w stanie ciężkim 3, zmarło 7.

Ostatnie 10 przypadków dotyczą przeważnie grupy już przed operacją powikłanych.

Do I-ej grupy przypadków niepowikłanych należało 27 chorych:

Labyrinthitis circumscripta 14.
„ diffusa serosa 4,
„ diffusa purul. chron. 8.
„ luetica 1.

Do tej grupy zaliczyłem tych chorych, u których przed operacją stwierdziliśmy niedowład lub bezwład nerwu twarzowego. Niedowład 2-ch dolnych gałęzi nerwu twarzowego w przypadku lab. circumscr. szybko samoistnie ustąpił po usunięciu dużego polipa, wyrastającego z jamy bębenkowej. Niedowład 2 ch dolnych gałęzi w przypadku lab. diff. pur. ch., po uprzednio dokonanej operacji i następczej faradyzacji, powoli ustępował, natomiast niedowład całego nerwu twarzowego w innym przypadku lab. diff. pur nie ustępował zupełnie. Porażenie nerwu twarzowego stwierdziliśmy w 3-ch przypadkach lab. diff. pur. chr.

Z powyższego widzimy, że ograniczone zapalenie błędnika zazwyczaj przebiega bez powikłań: z 17-u przyp. tylko 3 należą do innych grup. Jeden przypadek, powikłany zapaleniem opon mózgowych, które wystąpiło po operacji, zakończył się wyzdrowieniem; drugi, powikłany zapaleniem opon mózgowych i zapaleniem ropnem zatoki esowatej, również zakończył się wyleczeniem: trzeci zaś, powikłany zapaleniem ropnem zatoki esowatej, zakończył się zejściem śmiertelnem wskutek posocznicoropnicy. Dla zobrazowania przebiegu lab. circumscr. na innych klinikach przytoczę liczby z pracy E. Schlandera (Klinik und Ausgänge der Labyrhintitis circumscripta“): z 49-u operowanych chorych u 6-u rozwinęło się rozlane ropne zapalenie błędnika, z tych u 5-u wykonano labyrhintotomję, poczem 3-ch z nich zmarło z powodu zapalenia opon.

Z naszych 14-u niepowikłanych przypadków lab. circumscr. 2 nie zgodziło się na zabieg, 8 doszczętnie zoperowano, w jednym nastąpiło samowyleczenie, w drugim poprawa po usunięciu polipa z jamy bębenkowej, w trzecim po przecięciu

przewodu zewnętrznego, w czwartym wyleczenie po antro-mastoidotomji. Te 3 ostatnie przypadki zasługują na uwagę.

F. J. l. 13, przyjęty 13.V. 1924 r.

Stan bezgorączkowy w ciągu całego pobytu.

Ropienie z ucha lewego 5 lat. Przed 6 tygodniami ustało ropienie, wystąpiły gorączka, bóle głowy, wymioty, zataczanie się. Badanie wówczas wykazało: ziarnina w uchu środkowem, Ny w prawo, omijanie w prawo, Romberg + w lewo. Po 3-ch dniach te objawy ustąpiły i 6 tygodni chory czuł się względnie dobrze. 11.V. napad: wymioty, zataczanie się; Ny w prawo, omijanie w prawo, Romberg + w prawo; chory leży stale na prawym boku, $t^0$ norm. 13.V. Otoskop: skąpa ropa, polipy w jamie bębenkowej. Niedowład 2-ch dolnych gałęzi n. twarz. Wyrostek bolesny. Słuch: głośna mowa $^1/_2$ m, szept ad concham niesłyszalny; przewodnictwo powietrzne dla $C_1$=O, dla $C_4$ znacznie upośledzone R-; W- wlewo. 14.V. Badanie neurologiczne (dr. L Bregman). Dno oka norm. Tętno 72—80. Ny przy patrzeniu w prawo. Gdy chodzi z zamkniętemi oczyma, zbacza na lewo. Próba Barany'ego ujemna. Opukiwanie potylicy niebolesne. 3.VI. usunięto z jamy bębenkowej polipy. Na wykonanie operacji doszczętnej nie zgodził się ojciec chorego. 4.VI. ustąpił niedowład nerwu twarzowego, minęły zaburzenia błędnikowe, poprawił się słuch.

G. E. l.28, przyjęta 18.VII 1923 r.

Stan bezgorączkowy w ciągu całego pobytu.

Kilka miesięcy temu otitis media ac. d. W zeszłym tygodniu napad zawrotów głowy i wymiotów. Od tego czasu prawie stałe mdłości i zawroty. St. ob. Koniec 9-go miesiąca ciąży: chora wątła, wycieńczona, lekka siność, rozszerzenie żył na klatce piersiowej i kończynach dolnych. Otosk.: przewód silnie zwężony-opuszczona tylno-górna ściana, w głębi ziarnina. Typowy objaw przetokowy. Ny obustronny II-go stopnia. W chodzeniu zbacza na prawo. Słuch: głośna mowa $^1/_4$ mtr.; szept O; R-; W w prawo. Leży na boku zdrowym. 20.VII biorąc pod uwagę ogólny stan chorej (koniec ciąży), poprzestano czasowo na incyzji wypiętej tylno-górnej ściany przewodu. Znaczny odpływ ropy; założono sączek. 1.VIII chód prawidłowy. Ny słaby. Wypisał się.

Po przecięciu wygórowania w przewodzie zewnętrznym już nazajutrz nastąpiła znaczna poprawa, a na 10-y dzień zupełnie ustąpiły ciężkie objawy błędnikowe.

Czy nie należałoby w przypadkach analogicznych przy ciężkim stanie ogólnym, zwłaszcza gdy chorzy na poważniejszy zabieg się nie godzą, wykonywać próbną incyzję przewodu?

R. F. l. 20; przyjęta 14.X 1925 r.

Stan podgorączkowy podczas całego pobytu.

Przed miesiącem silne bóle w uchu lewem; gorączka. Na 5-y dzień wyciek z ucha i spadek ciepłoty do normy. Po kilku dniach znów gorączka, czasem dreszcze, bolesność wyrostka sutkowego, bóle i niekiedy zawroty głowy. St. ob. Otosk.: w przewodzie zewnętrznym ucha lewego nieznaczna ilość ropy; błona bębenkowa zaczerwieniona, rozpulchniona; przebicie, jak szczelina w górno-tylnym odcinku o brzegach wargowatych. Bolesność wierzchołka wyrostka sutkowego, mniejsza na planum. Badanie słuchu wykazuje zmiany typowe dla zajęcia ucha środkowego. Ny w lewo, w słabszym stopniu w prawo. Badanie neurologiczne zmian nie wykazało. Przy wstawaniu zawroty głowy. Próba obrotowa: w prawo-Ny lewostronny 10", w lewo-Ny prawostronny 25". 30.X antro—mastoidotomia w uśpieniu eter.-chlor. Silna pneumatyzacja: antrum i liczne komórki wypełnione ropą i ziarniną. 31.X zawroty głowy i oczopląs w stronę chorą ustąpiły. 13.XI oczopląs w stronę zdrową znikł. 7.XII wypisuje się, po niespełna 2-miesięcznym pobycie, zdrowa.

Przypadek powyższy dobitnie ilustruje zależność zaburzeń błędnikowych od ucisku ropy, nagromadzonej w silnie zpneumatyzowanym wyrostku. Tę zależność, dokładnie przestudjowaną przez Wittmack'a doświadczalnie na zwierzętach, podkreśla w swej pracy O. Steurer[1]); dochodzi on do wniosku, że w analogicznych przypadkach, nawet z objawami lab. serosa, należy — nie odkładając — wykonywać mastoidotomję, aby zapobiec tym powikłaniom, jakie spostrzegał w ogłoszonym przez siebie przypadku lab. necroticans, gdy w 18-m dniu choroby było już zapal. opon ropne, a w 20-m mors. Dr. Lubliner prawie zawsze, już na zasadzie zewnętrznej budowy wyrostka sutkowego, prawidłowo przewiduje, czy kość jest zpneumatyzowana czy spoista. Łatwo również daje się to stwierdzić prom. Rtgena.

Z 8-u chorych, u których wykonano operację doszczętną z powodu niepowikłanego ograniczonego zapalenia błędnika, u 2-ch nie stwierdzono żadnych zmian na otoczce kostnej kanału półkolistego poziomego.

E. Schlander podaje, że z 49-u operowanych lab. circumscr. nie stwierdził ani razu zmian na otoczce kanału półkolistego u 8-u.

---

[1]) Zeitschrift für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde B 10—1924.

Z 4-ch przypadków niepowikłanego rozlanego surowiczego zapalenia błędnika w 1-ym nastąpiło samowyleczenie, w 2-im bez zabiegu minęły zuburzenia statyczne, lecz pozostało znaczne upośledzenie słuchu, w 3-im wyleczenie po antromastoidotomji, w 4-ym po operacji doszczętnej. Wszystkie te przypadki zasługują na opis.

M. B. I. 54; przyjęty 15.II 1926 r.

Stan bezgorączkowy podczas całego pobytu.

Przed 5-ma tygodniami zapadł na dur brzuszny. W 2-m tygodniu choroby bóle w uchu prawem, po kilku dniach ropienie. Niebawem wystąpiły bóle i zawroty głowy. St. ob. Ucho prawe otosk.: skąpa, gęsta, bezwonna ropa; przebicie, jak szczelina w błonie wiotkiej. Słuch: głośna mowa ad concham, przewodnictwo powietrzne na tony niskie zniesione, na wysokie znacznie upośledzone (C — 3 — 4 cm 10''), R-, W- niewyraźny, Ny poziomy w lewo. Wszystkie te objawy znikły zupełnie po 2-ch tygodniach, nawet perforacja tak się zabliźniła, że nie sposób poznać, że kiedykolwiek istniała.

Jak niekiedy goją się zupełnie bez pozostawienia najmniejszego śladu przedziurawienia błony wiotkiej, wspomina Ruttin w swej pracy „Klinik der serösen und eitrigen Labyrinthentzündungen".

Taki przebieg, jak u chor. M. B., spostrzegałem kilkakrotnie podczas epidemji duru plamistego w Rosji w latach 1917-18.

L. I., I. 38; przyjęty 21.I 1927 r.

Stan bezgorączkowy podczas całego pobytu.

Przed 2-ma tygodniami silne bóle w uchu prawem. Chory z inicjatywy żony zastosował inhalację ucha wrzącą wodą z dzioba czajnika. Zawezwany wówczas lekarz stwierdził ostre zapalenie ucha środkowego z wyciekiem surowiczo-krwawym. Nazajutrz napad: utrata przytomności, wymioty, utrata słuchu ($C_3$—O, szept—O, gł. mowa $^1/_2$ mtr.). Po zastosowaniu pijawek i okładów z lodu po 4-ch dniach ustąpiły nieprzytomność, wymioty; słuch nie poprawił się. Ny obustronny z większą amplitudą w lewo. Przy wszelkiej zmianie położenia zawroty głowy, zataczanie się. 21.I Ucho prawe — otosk.: skąpa ropa, przedziurawienie w dolno - przednim odcinku; słuch: $C_1$ = O, $C_3$ = O, szept = O; gł. mowa 2 mtr. Ucho lewe — otitis media perf. chr. Słuch: C = O; $C_3$ = +. Od 24.I do 4.II codziennie nakłucia lędźwiowe; płyn klarowny pod słabem ciśnieniem. Od 8.II poprawa z dnia na dzień. 28.II wypisuje się z normalną statyką; słuch bez poprawy. Kilkakrotne następcze badania słuchu wykazały jednak powolną stopniową poprawę.

W tym przypadku już na drugi dzień ostrego zapalenia ucha środkowego wystąpiły ciężkie zaburzenia błędnikowe. Jest to klasyczny obraz tego rodzaju rozlanego surowiczego zapalenia błędnika, które Alexander nazywa „seröse induzierte labyrinthitis". Na oddziale dra Lublinera w oczach naszych rozwinął się jeszcze jeden przypadek takiej „induzierter labyrinthitis", z obu stron, w przebiegu otitis media pur. ac. bilateralis.

D. M., l. 26, przybył 6. II. 1926 r. z otittis media pur. ac. bilateralis. T⁰ zrana 36,3, wiecz 37,5. Z dniem każdym stan chorego pogarszał się: t⁰ pięła się w górę, po stronie prawej słabł słuch, zapalenie z wyrostka sutkowego szerzyło się na sąsiednie okolice, szczególnie w kierunku łuku jarzmowego, aż wreszcie 22. II. wystąpiły silne bóle i zawroty głowy, wymioty, kompletna głuchota po stronie prawej, t⁰ wiecz. 39,7; wybitny Ny kołowo-poziomy w prawo, słabszy w lewo. 23. II. antro-mastoidotomia: silna pneumatyzacja kości, ropa i ziarnina w antrum i licznych komórkach aż do wierzchołka wyrostka i nad przewodem w kierunku łuku jarzmowego. Po operacji stopniowo ustąpiły zaburzenia statyczne, wolniej powracał słuch. Taki sam przebieg nieco później po stronie lewej. 25. IV. po 4-rotygodniowym pobycie wypisuje się z niezupełnie zagojoną raną po stronie lewej.

Zdanie, wypowiedziane przez O. Steurera, na które powoływałem się już wyżej w opisie przypadku R. F, l. 20 i tutaj znalazło zupełne potwierdzenie: po usunięciu ropy z antrum i komórek pneumatycznych dość szybko ustąpiły objawy rozlanego zapalenia błędnika.

W jednym przypadku lab. diff. ser. secund. w przebiegu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego wykonaliśmy operację doszczętną z wynikiem dodatnim.

S. S., l. 60; przyjęty 17. II. 1925 r. Stan bezgorączkowy od przyjęcia do 14. III; od 14. III. do wypisania się podgorączkowy.

Przed 30-u laty uderzenie w lewe ucho, od czasu do czasu bóle i ropienie. Przed kilku tygodniami silne bóle i obfitsze ropienie. St. ob. otosk: obfita, cuchnąca ropa, obrzeżne przebicie, w którem widoczny perlak. Słuch: kompletna głuchota, W. w prawo. R. — ∽ Schw. +. Ny samoistny w lewo. Objaw przetokowy. Omijanie w lewo. 19. II. operacja doszczętna w uśpien. chlorof.: zagęszczenie kości, w jamie sutkowej i bębenkowej zropiały perlak, kanał półkolisty nadżarty. 4. IV. ustąpiły bóle i zawroty głowy, Ny prawie znikł. 19. IV. wypisana z poprawą.

Przed operacją oczopląs, jak zazwyczaj w lab. diff. ser. w stronę chorą, zmienił po operacji kierunek wskutek przewagi błędnika zdrowego. W miarę gojenia się błędnika lewego prawostronny oczopląs ustępował.

Z 8-u przypadków lab. diff. pur. chr. operowano doszczętnie 7, z tych tylko w jednym nie stwierdzono ani zmian na otoczce kostnej kanału półkolistego, ani perlaka. Zaden z tych przypadków w obrazie przed — i pooperacyjnym niczem od typowego się nie różnił.

Przypadek lab. luetica po kilkudniowym pobycie został wypisany na własne żądanie bez poprawy.

Do grupy powikłanych po operacji należały 3 przypadki: 1) lab. circumscr.; po operacji meningitis — wyleczony; 2) lab. diff. pur. chr; po operacji meningitis pur. — zmarł.; 3) otitis m. pur. ac. Abscesus retro-auric.; po operacji: lab. pur. manifesta, meningitis pur. — śmierć.

I. W 1-ym przypadku lab. circumscr (C. Ch. l. 32.), pomijając już wyjątkową eburneację kości, natrafiono podczas operacji doszczętnej (7. VIII. 1926 r.) na bardzo duże trudności ze względu na warunki topograficzne: zatoka znacznie wysunięta ku przodowi, bardzo nisko położona opona twarda. Do antrum, bardzo małych rozmiarów, udało się dotrzeć tylko od strony przewodu zewnętrznego po oddłótowaniu tylnej ściany. Obnażono na nieznacznej przestrzeni zatokę i oponę. Nazajutrz $t^0$ 39,9, szalone bóle głowy. 12. VIII. sztywność karku i Körnig. Nakłucie lędźwiowe; płyn mętny pod wysokiem ciśnieniem, 2800 białych ciałek w $1mm^3$. Codzienne nakłucia lędźwiowe. Od 31. VIII. z dnia na dzień poprawa. 25. IX. wypisał się wyleczony.

II-gi przypadek. S. H., l. 19, z Warszawy, przyjęty 13.II. 1923 r. Do operacji stan bezgorączkowy. Od dzieciństwa ropiak ucha lewego. Ostatnio ból tego ucha i głowy po tej stronie. St. pr., otosk.: obfite ropienie, ziarnina na tylnej ścianie w części kostnej przewodu. Bolesność za małżowiną i u wyrostka sutkowego. Słuch: kompletna głuchota, W. w prawo; R. — $\infty$. Ny obustronny, bardzo wybitny. 15. II operacja doszczętna w uśpieniu chlorof. Na planum mastoideum przetoka. Olbrzymi perlak wypełnia wyrostek, antrum i jamę bębenkową, nadżarł kanał półkolisty i kanał nerwu twarzowego. Obnażono oponę twardą i zatokę — normalne. Po operacji $t^0$ 38,2 wiecz.. 20. II. badanie dna oczu (dr. Prussakowa) zmian nie wykazało. 23. II. $t^0$ wiecz. 39,2, bardzo silny ból głowy z lewej strony i w tyle. 24. II. badanie neurologiczne (dr. Prus-

sakowa) wykazały bezwład nerwu twarzowego, sztywność karku, słabo zaznaczony objaw źrenicowo-karkowy, wybitny Ny obustronny, w lewo kołowy, w prawo poziomy; tętno 102; odruchy brzuszne obustronnie żywe, odruch kolanowy lewy osłabiony. 28. II. w nocy uporczywe wymioty. 1. III. w nocy utrata przytomności; nad ranem śmierć. Sekcja (dr. Jastrzębski): ropna sprawa opon z wyłącznem siedliskiem w tylnej lewej jamie czaszkowej. Ropa w cysterna ponto — cerebellaris.

Przypadek powyższy z przebiegu i obrazu sekcyjnego przypomina te, które opisał jeszcze F. Bezold w swoim klasycznym podręczniku; tutaj sprawa ropna po operacji poszła na opony mózgowe najwidoczniej per continuitatem.

III. W 1-ym przypadku (M. F. l. 15 z Nowego Dworu, przyjęta 8. I. 1926 r.) ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego z ropniem zausznym po antromastoidotomji powstało w 5-ym dniu po zabiegu rozlane zapalenie błędnika, w 7-ym zapalenie opon mózgowych, w 10-ym chora zmarła.

Ruttin również podaje 3 przypadki, w których zapalenie błędnika wystąpiło po operacji; chociaż wykonano następczo labyrinthotomję, wszystkie jednak zakończyły się zejściem śmiertelnem z powodu zapal. opon mózgowych.

Do grupy zapaleń błędnika z powikłaniami przedoperacyjnemi należało 10 przypadków:

labyrinthitis circumscripta—2, labyrinthitis diff. serosa—1, labyrynthitis diff. pur. chr.—1, labyrinthitis diff. pur. manifesta — 6.

P. J., l. 18; na oddziale od 23.X.1925 r.

Lab. circumscripta. Meningitis pur. Periphlebitis et phlebitis pur. sinus sigmoidei. Operacyjnie wyleczony.

| data | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| r. | 39,1 | 37,5 | 36,1 | 37 | 36,7 | 36,9 | 37 | 39,2 | 39 |
| w. | 39,5 | 37,2 | 37,6 | 38,6 | 37,2 | 37,6 | 38,1 | 38,8 | 39,5 |

następnie do końca pobytu stan podgorączkowy.

Od dzieciństwa ropotok z ucha prawego. Przed 6-ma dniami silne dreszcze, wysoka gorączka, wymioty, bóle głowy. Stan taki trwa dotychczas; ustały tylko wymioty. St. ob. ucha prawego otosk.: brak błony bębenkowej, ropa mocno cuchnąca z ciałkami perlaka, w jamie bębenkowej ziarnina. Słuch: głośna mowa — 1,5 mtr., szept ad concham, R —, W. w prawo. Ny w prawo. Objaw przetokowy. Bolesność wyrostka sutkowego i wybitniejsza po ucisku na żyłę jarzmową. Nieznaczne wygładzenie prawego fałdu nosowargowego. Sztywność karku; $t^0$ 39,1,

tętno 92, miarowe, napięte. 23.X operacja doszczętna w uśpieniu chlorof. W okolicy antrum rozrzedzenie kości; w antrum i cavum tympani perlak, ziarnina; kanał półkolisty nadżarty; po usunięciu blaszki kostnej nad zatoką esowatą wydobywa się pod silnem ciśnieniem gęsta, zielonkawa, cuchnąca ropa, takaż ropa w zatoce po jej rozcięciu. 24.X badanie neurologiczne (dr. S. Goldflam) wykazało nieznaczną sztywność karku. Prawy odruch kolanowy żywszy od lewego. Oczopląs obustronny źrenic. Odczyn na światło i akomodacja dobre, dno oczu zmian nie wykazuje. Wymioty charakteru rzutowego. Nakłucie lędźwiowe. Płyn mętnawy pod nieco wzmożonem ciśnieniem: neutrofilów 400, limfocytów 256 w 1 mm$^3$, jałowy. 26.X ustały bóle głowy i wymioty; swobodnie porusza głową; t$^0$ norm., tętno 56. Od 1.XI stan chorego stopniowo poprawia się. 7.1 1926 r. wypisuje się wyleczony.

W tym przypadku nie było powikłania—ograniczonego zapalenia błędnika w ścisłem tego słowa znaczeniu; periphlebitis et phlebitis pur. było tu schorzeniem, górującem w przebiegu i decydującem w zejściu, które, należy podkreślić, bez podwiązania żyły jarzmowej okazało się jednak w pomyślnem wyniku. Drugi zaś przypadek (M. G. I.13 z Warszawy) lab. circumscripta, trombophlebitis sinus sigmoidei, gdzie również tropmbophlebitis wysunął się na plan pierwszy w obrazie klinicznym, zakończył się, pomimo podwiązania żyły jarzmowej, po 4-ch tygodniach zejściem śmiertelne.

W. R., l. 9; na oddziale neurol. od 13.II do 17.II 1922 r., na oddziale V-m od 17.II do 18.II, powtórnie od 26.II do 6.III 1922 r. Lab. diff. ser. tbc. Meningitis. Trombophlebitis pur. sinus sigmoidei et transversi. Septicopyaemia. Mors. Obdukcja, prócz danych stwierdzających rozpoznanie, wykazała jeszcze granuloma solitare durae matris cerebelli.

Stan ropniczy podczas pobytu na oddziałach IX-m i V m. T$^0$ najniższa 36, najwyższa 40,1. — Ropotok z ucha lewego od niemowlęctwa; przed 2-ma tygodniami powstały nagle bóle głowy, gorączka, dreszcze, wymioty. Taki stan trwa dotychczas, ustały tylko wymioty. St. ob. Ucho lewe otosk.: zupełny brak błony bębenkowej, ropa cuchnąca, jak w próchnicy kości. Porażenie nerwu twarzowego. Zupełna głuchota. Próba obrotowa: w prawo – Ny w lewo, kilka sekund; w lewo — Ny w prawo 15″. Badanie neurologiczne (dr. Prussakowa): nieznaczna sztywność karku, bolesność kręgów szyjnych. Ruchy głową bolesne i ograniczone. Źrenice równe, dobrze reagują na światło, akomodacja +. Tętno 132. 18.II wypisana na żądanie matki, która na zabieg się nie zgodziła. 26.II wróciła na od-

dział V doszczętnie wycieńczona. Zupełna prostracja; głowa przechylona w lewo; silna bolesność za uchem lewem i wzdłuż żyły jarzmowej; t⁰ 39,1, tętno bardzo szybkie, drobne. 27.II operacja doszczętna w uśpieniu chlorof.: zgorzel kości na znacznej przestrzeni; w zatokach esowatej i poprzecznej, które szeroko rozcięto cuchnąca ropa; kanał półkolisty nadżarty. Po operacji cały czas stan ciężki: nieprzytomność, posocznicza gorączka, dreszcze. 6.III zgon. Obdukcja (dr. Jastrzębski) Tbc. labyrinthi (ubytek na tylnej powierzchni piramidy). Trombophlebitis purulenta sinuum transversi, sigmoidei et venae jugularis. Granuloma solitare durae matris cerebelli (wielkości fasoli).

H. U., l. 6, z Warszawy, na oddziale od 7.IX do 13.IX 1925 r. Lab. diff. pur. chr. Meningitis pur. wypisuje się po operacji doszczętnej i labyrinthotomji w stanie ciężkim na żądanie i odpowiedzialność ojca.

Do grupy powikłanych przed operacją l a b. d i f f. p u r. m a n i f e s t a należy 6 przypadków. Jest to grupa najgorsza, pod względem rokowania quoad vitam, z wszystkich innych rodzajów zapaleń błędnika. Z obserwowanych przez nas 6-ciu 1-go chorego wyleczono, 2-ch wypisano w stanie ciężkim na żądanie i odpowiedzialność rodziców, 3-ch zmarło.

H. S., lat 23, z Warszawy, na oddziale od 5.IX do 16.X 1923 r. L a b. d i f f. p u r. m a n i f e s t a Meningitis pur. Operecja, wyleczenie.

Od wielu lat ropniak ucha prawego. Przed 6-ciu miesiącami przechodziła zapalenie nagminne opon mózgowych, w przebiegu tego wystąpiło porażenie prawostronne nerwu twarzowego. Na operację ucha wówczas nie zgodziła się. Od kilku dni silne bóle i zawroty głowy, uporczywe wymioty. St. ob. Ucho prawe otosk.: skąpa cuchnąca ropa, polipy. Kompletna głuchota. Silny samoistny Ny kołowy w lewo. Badanie neurologiczne: sztywny kark. Körnig wybitnie zaznaczony. Odruchy ścięgniste i skórne bardzo żywe; dno oka normalne. Nakłucie lędźwiowe: płyn mętny pod znacznem ciśnieniem, bardzo liczne wielo- i jednojądrzaste ciałka, jałowy; Nonne Apelt +. 6.IX operacja w uśpieniu chlorof.: perlak dużych rozmiarów zajmuje antrum, jamę bębenkową, nadżarł kanał półkolisty; błędnik szeroko otworzono, obnażono tylną i średnią jamę czaszkową na znacznej przestrzeni. Codziennie nakłucia lędźwiowe. Od 13.IX stopniowa poprawa: z dnia na dzień płyn klarowniejszy; sztywność karku mniejsza. Od 18.IX t⁰ i tętno normal., samopoczucie dobre; płyn zupełnie klarowny. 16.X wypisana z niezupełnie zagojoną raną, wymagającą ambulatoryjnego leczenia.

Powyżej opisany przypadek należy do rzędu wyjątkowych; podobny, dotyczący również chorej mniejwięcej tego samego wieku (1.28), przytacza Ruttin. Jest to jedyny przypadek z 8-iu, przez niego operowanych lab. diff. pur. manif. complic. z zejściem pomyślnem, 7 zaś zmarło; z tych 5 powikłanych zapaleniem opon mózgowych, 1 ropniem móżdżku, 1 zapaleniem zakrzepowem zatoki jamistej. Z 6-ciu naszych przypadków było 5 z zejściem niepomyślnem: 2 powikłane zapaleniem opon mózgowych, 2 zapaleniem ropnem zakrzepowem zatok (w jednym esowatej, w drugim jamistej) w 5-ym przypadku ropniem móżdżku. Ostatni przypadek zasługuje na uwagę.

S. T., l 40; na oddz. od 21.X do 25.X 1925 r. Lab. diff. pur manif. Meningitis pur. Abscesus cerebelli. Labyrinthotomia według Neumanna Mors.

| data | 22 | 23 | 24 | 25 |
|---|---|---|---|---|
| rano | 38 | 37 | 37,6 | 36,3 |
| wiecz. | 38 | 37,9 | 36,6 | — |

Od dzieciństwa ropotok z ucha lewego. Od 3-ch tygodni zatrzymało się ropienie, powstały silne bóle głowy po stronie lewej. Od 8-iu dni zawroty głowy. St ob.: apatja, senność, zupełny brak apetytu. Badanie ucha lewego otosk: skąpa cuchnąca ropa, wgłębi ziarnina Kompletna głuchota. Opukiwaniu wyrostka bolesnc. Ny obustronny. Badanie neurologiczne: niedowład nerwu twarzowego; sztywność karku. Körnig wyraźnie zaznaczony. Przekłucie lędźwiowe: płyn mętny pod dużem ciśnieniem. 2000 leukocytów w 1 mm$^3$. Wybitny bezład i adiadochokinesis w lewej ręce. Objaw omijania dodatni. Odruchy brzuszne bardzo żywe, brak prawego odruchu kolanowego, tętno zwolnione. 22 X w nocy wymioty. 23.X operacja błędnika według Neumanna. Podczas usuwania tylnej powierzchni kości skalistej zwróciła uwagę podatność opony twardej w obrębie lobi inferioris semilunaris. Po przecięciu opony w tem miejscu wylała się z głębi cuchnąca ropa w ilości jednej łyżeczki; otwór rozszerzono i wprowadzono sączek. 24.X z rana dreszcze. Objawów: Mendel-Bechterewa, Babińskiego, Gordona nie było. 28.X zmarł. Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

Pomijając już to, że powikłania w postaci ropnia móżdżku są rzadkie (Ruttin: na 108 — 4), przypadek powyższy zasługuje z następujących względów na uwagę: po 1-e, zapalenie opon i ropień móżdżku powstały tu prawie jednocześnie, po 2-gie wyjątkowo spotyka się tak klasyczny obraz ropnia móżdżku z zupełnie wyraźnym i pełnym zespołem objawów. Zazwyczaj albo wcale

nie udaje się za życia ropień móżdżku rozpoznać, albo rozpoznanie to napotyka na znaczne trudności, zwłaszcza w przypadkach, gdy czynność chorego błędnika jest jeszcze zachowana.

Z przebiegu opisanych tu spostrzeżeń widzimy, że najlepsze rokowanie dają: labyrinthitis circumscripta i labyrinthitis diffusa purulenta chronica. Wszystkie te przypadki, nawet powikłane, zakończyły się u nas pomyślnie. Znacznie gorsze pod względem rokowania są ostre rozlane zapalenia błędnika. Częstokroć, jak zaznaczają Barany, Neumann, Bourguet i inni, nie można czynnościowo odróżnić zapalenia rozlanego surowiczego od ropnego. Wskazane jest wówczas przeczekać, aż minie okres ostry, mogą jednak wówczas powstać groźne powikłania wewnątrzczaszkowe, które rzadko daje się usunąć nawet przez operację Jansen-Neumanna.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to nadmienić należy, że, chociaż wiele ostatnio w tym kierunku zdziałano, jednak dotychczas nie uzgodniono poglądów na tą sprawę. W Niemczech Austrji, gdzie najwięcej używanemi narzędziami są dłóto i młot, często, najprawdopodobniej wskutek wstrząsu, powstają powikłania pooperacyjne. Nawet po operacji doszczętnej z powodu labyrinthitis circumscript. w 50% (Ruttin z 32 — 15) rozwija się rozlane surowicze zapalenie błędnika, które zazwyczaj mija. Ale zdarza się, jak wspomina o tem Schlander, że powstałe po operacji rozlane zapalenie surowicze przeistacza się w ropne, wikła zapalenie opon mózgowych i niejednokrotnie kończy się śmiercią; z 49 lab circumscr. w 5-u rozwinęło się po operacji lab. diff. pur., z tych 3 zmarło na meningitis po labyrinthotomji. Gdy powstaje powikłanie w postaci zapalenia opon mózgowych, Barany nie zadowala się tylko operacją Neumanna z szerokiem rozcięciem opony twardej i drenowaniem, lecz prowadzi drenowanie opony trwardej i od strony zdrowej po wykonaniu tu uprzednio antrotomji i odjęciu tegmen tympani[1]). Czy to postępowanie Barany'ego jest słuszne, rzecz sporna, częste nakłucia lędźwiowe, jak widać z przebiegu naszych przypadków, prowadzą, jak się zdaje, do tego samego celu. Na zupełnie przeciwległym biegunie stoją ci, którzy, jak Ricardo Botey, zalecają wogóle

[1]) Bárány, R. Die Indikationen zur Labyrinthoperation. Acta oto-laryngol B. 6 — 1924.

w zabiegu usznym zarzucić młot i dłóto i posługiwać się wyłącznie świdrami [2]). Na oddziale dr. Lublinera w sprawach błędnikowych młot i dłóto stosuje się jaknajmniej i jaknajostrożniej, zastępując je, gdy tylko można, kostnemi kleszczami i łyżeczkami.

Zejście spraw zapalnych błędnika zależne jest jednak w większej mierze nie od techniki operacyjnej, lecz od powagi danego przypadku: ostre rozlane zapalenie błędnika z powikłaniami wewnątrzczaszkowemi daje z małemi wyjątkami (u Ruttina z 8-u I wylecz., u nas z 6 u I wylecz.) zejście śmiertelne.

Należy podkreślić, że odsetek umieralności z zapaleń błędnika wogóle jest jeszcze bardzo znaczny:

Ruttin: ze 108 zmarło 25, czyli 23,1%; Holmgren: z 94 zmarło 32, czyli 30%; Friedrich: 50%; Whitehead: 33%; Gerber: 19,6%; Jansen: 10%.

Z podanych wyżej 40 przypadków oddziału dr. Lublinera zejście niepomyślne było w 10, z tych w 4-ech niezależnie od sprawy w błędniku, wskutek ropnego zapalenia zatok i następczej posocznicy, a tylko w 6 wskutek powikłań, bezpośrednio z zapaleniem błędnika związanych, co stanowi (z 36 — 6) 16,6%.

---

Z oddziału oto-laryngologicznego. (Ordynator L. Lubliner)

*Kierownikowi oddziału*
*w 40-tym roku Jego działalności szpitalnej.*

# O pierwotnych złośliwych nowotworach płuc.

Podał

**S. Winer.**

Jeszcze niedawno nowotwory zaliczano wogóle do spraw, rzadko stwierdzanych w płucach, a zwł. rak pierwotny w płucu należał do wyjątkowo rzadkich spraw patologicznych. Bo nowotwory łagodne, jak np. włókniaki, tłuszczaki, pod postacią niewielkich guzków, następnie chrząstniaki, kostniaki, mięśniaki i torbiele skórzaste posiadają, jako cierpienie płuc, naogół raczej

---

[2]) Ricardo Botey. Ma technique pour la trépanation de l'oreille. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx T. LYI № 1 Janvier 1927.

teoretyczne znaczenie. Nowotwory te nie dają zazwyczaj objawów klinicznych, nie wywołują wyraźniejszych zaburzeń, nic nie zdradza często ich siedliska, to też stanowią raczej przedmiot badań anatomo-patologicznych. Natomiast nowotwory złośliwe w płucach powodują nadzwyczaj poważne zaburzenia i dają przeciwnie charakterystyczne objawy, które pozwalają je za życia rozpoznać. Ostatnio coraz częściej jest mowa o przypadkach takich w piśmiennictwie, traktującem o sprawach nowotworowych w płucach. Rozwój techniki i prześwietlań rentgenograficznych, oraz udoskonalenie metod badania klinicznego i histologicznego przedewszystkiem, posunęły tę sprawę naprzód. Dane statystyczne czasu ostatnich kilku dziesięcioleci ustalają, że liczba spraw nowotworowych złośliwych w płucach z roku na rok się powiększa. Następujące dane statystyczne najlepiej ilustrują ciągły wzrost liczby stwierdzanych now. złośl. płuc.

Reinhard i Wolf w latach 1852 — 1894 na 20116 sekcji znalazł 45 raków płuc, to jest w 0,22% sekcji. Sehrt w latach 1889 — 1903 na 1741 sekcji zwłok skonstatował w 3-ch przypadkach raka płuca (0,17% wszystkich sekcji i 1,85% wogóle raków). Otten od 1902 — 1907 na 10950 sekcji skonstatował 39 raków płuc (0,35% sekcji i w 3,3% wogóle raków). Kikuth w mniejszych odstępach czasu obliczył w latach: od 1889 — 1899, 10 przypadków raka płuc od 1900 — 1911 90 przypadków raka płuc, od 1912 — 1923, 146 przypadków raka płuc. Materna podaje, że od 1915 — 1917 na 1667 sekcji zwłok skonstatował tylko w 5-ciu przypadkach raka płuc, od 1918—1920 na 1609 sekcji w 5-ciu przypadkach raka w płucach, od 1921 — 1923, na 11049 sekcji w 6 ciu przypadkach raka w płucach.

Nasze spostrzeżenia na oddziale d-ra. Lublinera dotyczą 14 przypadków złośliwych nowotworów płuc.

Spostrzegaliśmy je od roku 1923 — 1926. Liczba chorych w tym okresie na oddziale wynosiła: mężczyzn 1114, kobiet 1065; ogólna liczba chorych wynosiła 2179.

Stosunek procentowy złośliwych nowotworów płuc do ogólnej liczby chorych wynosił 0 63%.

Szybki wzrost liczby nowotworów płuc był tematem rozpraw na kongresie rentgenologów i instytutu patologicznego w Berlinie w 1923 r. Starano się z danych statystycznych wyprowadzić pewne wnioski o etjologji nowotworów płuc. Zwrócono

uwagę, że u robotników w kopalniach kobaltu w Schneenbergu występuje schorzenie t. zw. „Schneebergerlungenkrebs“ i że wogóle w tych okolicach nowotwory złośliwe w płucach były częstszem zjawiskiem. Szmerl podaje, że z liczby 183 sekcji zwłok robotników u 7-miu stwierdzono tam raka w płucach. Niektórzy przypuszczają, że momentem przyczynowem w tych przypadkach może być zwiększona ilość kobalt-arsenu w powietrzu, inni, że działa tu jad, zawarty w wodach tych kopalń, wreszcie niektórzy uważają, że działa tu wdychany pył kamienny.

Argumentem były tu też obrazy prześwietlań rentgenograficznych, wykazujące jednocześnie pylicę płuc (pneumoconiosis). Prawdopodobnie łączą się tu czynniki mechaniczne i chemiczne, działając wspólnie; osłabiają ustrój, a stąd staje się on wogóle podatniejszy na wszelkie sprawy chorobowe. Ostatnio mnożą się głosy, że kurz wogóle jest momentem przyczynowym w powstawaniu raka płuc. Folgier stwierdzał raka płuc u zwierząt, przebywających często w kurzu, (10 razy u psów, a 5 u koni). Mechaniczna teorja powstawania nowotworów płuc, znajduje swe potwierdzenie i w badaniach doświadczalnych. Winternitz otrzymał raka płuc u królika przez drażnienie górnych dróg oddechowych kwasem solnym. Japońscy badacze otrzymali nowotwory płuc, wstrzykując do oskrzeli morskim świnkom smołę, wzgl. mieszaninę smoły z parafiną. Natomiast Meller, drażniąc grzbiet szczurów smołą, otrzymał w 6-ciu przypadkach pierwotnego raka w płucach. Doświadczenia te nasunęły niektórym badaczom myśl, że częste występowanie nowotworów w płucach, należy być może łączyć z asfaltowaniem ulic w większych ośrodkach. Zdania co do tego są jeszcze podzielone. Pośrednim dowodem mechanicznej teorji powstawania nowotworów w płucach może służyć to, że nowotwór w większości przypadków rozwija się w prawem płucu; tu oskrzele, mając skośny kierunek, częściej narażone jest na wiele urazów. W większości przypadków oddziału dr. Lublinera nowotwór istotnie wyrastał w prawem płucu. Dalszym dowodem może być częstsze występowanie u mężczyzn; ci wskutek zajęć zawodowych częściej są narażeni na uszkodzenie błony śluzowej rozgałęzień oskrzelowych. Dyszkin i Saks określają ten stosunek, jak 1,9:1., Kikuth zaś, jak 1,8:1.

U naszych chorych szpitalnych trudno było ustalić, jaki mo-

ment przyczynowy wchodził w każdym poszczególnym wypadku w rachubę. Z 6-ciu mężczyzn z pierwotnym nowotworem w płucach było: 3-ch krawców, dwuch tragarzy i jeden nauczyciel. To, że rak płuca częściej występuje jakoby u mężczyzn, niż u kobiet, w naszych przypadkach nie zostało potwierdzone.—Często spostrzegano nowotwóry złośliwe pierwotne w rozstrzeniach oskrzelowych, jako wynik drażnienia wydzieliną ściany rozszerzonego oskrzela. Ostatnio niektórzy widzą w grypie czynnik, wywołujący uszkodzenia błony śluzowej oskrzeli, a stąd usposobienie do raka.—Drugim, nie mniej ważnym momentem przyczynowym w powstawaniu raka płuc, są czynniki chemiczne, np. drażnienie kobaltem, arsenem i innemi związkami. W Ameryce spostrzegano często raka płuc u robotników, w fabrykach farb, w rafinerjach oliwy, gdzie wdychają drażniące gazy.

Wszystkie wymienione wyżej czynniki mechaniczne, chemiczne i toksyczne, uważane za momenty przyczynowe w powstawaniu nowotworów płuc, najprawdopodobniej powodują tylko uszkodzenia błony śluzowej oskrzeli — podatne podłoże dla powstawania nowotworów. Sprzyja temu i moment ustrojowy. Punktem wyjścia dla nowotworów płuc służy tu poczęści nabłonek większych oskrzeli, rzadziej pęcherzyków płucnych; według Aschoffa — nabłonek cylindryczny oskrzeli, gruczołów śluzówki i płaski pęcherzyków płucnych.

Miejscem wyrastania guzów najczęściej bywa rozgałęzienie tchawicy na dwa duże oskrzela, ulegające często drażnieniu, czy to przez rozpadający się gruczoł, czy też stwardniały lub też przez bliznę, wytwarzającą się w tem miejscu. Według Aschoffa gołem okiem rozróżnia się tu nowotwory w postaci małych, okrągłych guzków, wyglądających niekiedy jak zgrubiałe ściany oskrzelowe i w postaci nacieków całego płata płucnego.—W badaniu wstępnem należy baczną uwagę zwracać zawsze na wywiady i tu podkreślić przedewszystkiem trzeba: długotrwały stan choroby bez typowych objawów, te bowiem występują dopiero w późniejszych okresach. Na początku są przez dłuższy czas jedynie skargi na kaszel o skąpej wydzielinie, niekiedy z domieszką krwi. Następnie prędkie zmęczenie, utrata wagi, łaknienia, poty w nocy, gorączka bez widocznej przyczyny. Są to wszystko objawy zupełnie nietypowe, właściwe wielu innym schorzeniom. W jednym z naszych przypadków skargi, gdy chory przybył na oddział, były

zupełnie nietypowe, a w wywiadach stwierdzono kiłę nieleczoną. Związano więc zrazu wszystkie skargi z kiłą. Rozpoznanie było tu bardzo trudne. Następne badanie (o czem niżej) dowiodło, że był to rak płuca, współistniejący z kiłą.—Rak płuc najczęściej, jak wiadomo, występuje u osób starszych. Nasi chorzy byli w wieku między 40-tym a 55-tym rokiem życia.

Wyjątek stanowiła 18-letnia dziewczyna, przybyła na oddział z powodu nieznacznego kaszlu i krwioplucia, o wydzielinie skąpej. Przypuszczano rozpoczynającą się gruźlicę płuc (młody wiek pacjentki).

Jak okazało się był to rak płuc. Sekcja to potwierdziła.

Objawy późniejszego okresu w przebiegu raków płuc są mniej lub więcej stereotypowe. (Kaszel, wydzielina śluzowo-ropna, często z krwią o zabarwieniu malinowem, wysoka ciepłota, kłujące i ciągłe bóle, nerwobóle, międzyżebrowe, ucisk i bóle poza mostkiem, duszność wzmagająca się za każdym najmniejszem poruszeniem chorego).

Zazwyczaj przeważają te lub inne objawy.

W jednym z naszych przypadków od samego początku wystąpiły objawy bólowe. Było to u 40-letniego krawca, który przybył z powodu silnych, od 4-ch miesięcy trwających, bólów w krzyżu, plecach, łopatce prawej i udzie. Zrazu bóle były o nieznacznem nasileniu; nieznacznie kaszlał, wydzielina była krwawa; następnie bóle tak się nasiliły, że chory nie mógł spać, narkotyki nie pomagały. Stan przedmiotowy: przytłumienie odgłosu opukowego od kąta łopatki prawej ku dołowi, oddech tu przyciszony. Badanie promieniami Rentgena wykazało: w środkowej części prawej wnęki zaciemnienie wielkości pomarańczy o ostrych konturach; w przypadku tym stwierdzono też przerzuty w kręgach. — W innych 2-ch przypadkach na plan pierwszy wystąpiła duszność, jeden dotyczył wyżej wymienionej 18-letniej dziewczyny, kt. zrazu duszności znaczniejszej nie odczuwała, lecz później, wskutek objawów uciskowych, duszność się tak wzmogła, że spowodowała śmierć. Drugi przypadek dotyczył 53-letniej zmarłej kobiety, u której również wystąpiły na plan przedni objawy uciskowe: duszność, wzratająca z każdym ruchem się chorej.

Często skargi na nieokreślone bóle w jednej ręce z obrzękiem dłoni są mylnie leczone, jak bóle atrytyczne; tępe bóle promieniujące ku łopatce albo kończynie górnej mogą być właśnie pierwszym objawem choroby. Waga chorych może przez czas dłuższy pozostać normalna, niekiedy może i wzrastać. U naszych chorych nagły spadek zaznaczył się tylko w końcu

choroby, w okresie wrastającego charłactwa. Niekiedy objawy wczesne już na początku cierpienia sprowadzają chorego do lekarza: nagła chrypka, rozszerzenie żył na klatce piersiowej, obrzęk szyi i $^1/_2$ twarzy. Widzieliśmy chorą, która zwróciła istotnie uwagę na swój głos ochrypnięty, lecz nie przypisywała temu żadnej wagi. Badanie wykazało, że był to pierwszy objaw ucisku na nerw krtaniowy dolny. W dalszym przebiegu objawy uciskowe się wzmogły (obrzęk i siność). Mniemanie, że wydzielina w rakach jest znamienna dla tego schorzenia, że jest koloru malinowego, o konsystencji galerowatej, nie we wszystkich przypadkach daje się potwierdzić, (często wydzielina śluzowo-ropna jest zależna od wtórnego nieżytu oskrzelowego).

Wydzielinę malinową spostrzegaliśmy w 8 przypadkach. Z innych składników plwociny, uważanych też przez niektórych za typowe, należy wymienić okrągłe, wzgl. sierpowate komórki Stadelmanna, ziarenka tłuszczu Lehnhartza, wielokątne komórki z jądrem i jąderkiem, wreszcie komórki nowotworowe w rozpadzie. Objawy ogólne występowały na początku rzadko; charłactwo, skóra blada, wargi sine, występ później. Obraz krwi nie był zmieniony.

A teraz o niektórych objawach przedmiotowych. Często już nieznaczne rozszerzenie żył (jak w jednym z wyżej przytoczonych przypadków) wskazuje na sprawę uciskową wewnątrz klatki piersiowej. Dalej, postawa, którą chory najchętniej obiera, uwypuklenie klatki piersiowej i mostka, gdy guzy są duże. W następstwie rozszerzenia żył na skórze klatki piersiowej, wskutek ucisku na v. cava. sup., występuje rozszerzenie żył na szyi i twarzy, a potem obrzęk wokół szyi chorego i siność; wraz z rosnącym uciskiem tworzą się oboczne drogi w krążeniu krwi żylnej. Spostrzegaliśmy chorą, która skarżyła się na kaszel, krwistą wydzielinę i duszność; żyły na skórze klatki piersiowej były wówczas nieznacznie rozszerzone. Podczas kilkutygodniowego pobytu na oddziale objawy uciskowe do tego stopnia się wzmogły, że żyły na prawej $^1/_2$ klatki piersiowej, szyi i twarzy dochodziły do grubości małego palca i były wężykowate; na k. praw. g. wystąpił obrzęk i siność. Często spostrzegano powiększenie gruczołów nad obojczykiem wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego (wskazane tu nacięcie). Na oddziale raz stwierdzono bolesny gruczoł nad obojczykiem. Często krtań zostaje przesunięta lub wygięta.

Palce u rąk zniekształcają się często, są pałeczkowate, a paznokcie mają zarys szkiełek zegarkowych. Łykanie staje się trudne (przerzuty; w naszym przypadku było przejście guza na ścianę przełyku). Drogą przerzutów rozwija się objaw Hornera (zwężenie szpary ocznej, enophtalmus, miosis), a nowotwory płuc, zwł. postać guzkowata, dają często szereg przerzutów do mózgu i kości. U chorych naszych stwierdziliśmy przerzuty kilkakrotnie: raz do kręgosłupa i raz do macicy. Tu pomocne było prześwietlenie Rtg., które stwierdziło nowotwór pierwotny w płucach. Spostrzegano, że pierwotne ognisko nie dawało żadnych objawów chorobowych, natomiast objawy przerzutowe występowały na pierwszy plan. Przerzuty w kościach powodują spontaniczne złamania kości długich. Ta bardzo znaczna skłonność do przerzutów znajduje swój odpowiednik w patologji szerzenia się nadnerczaków. Blumental uważa, że częstsze powstawanie przerzutów w kościach zależne jest od większej utraty wapnia wskutek gorszego odżywiania czasu wojny. Opukiwanie i osłuchiwanie, kiedy guz jest jeszcze otoczony tkanką płucną, nie da zrazu żadnych objawów; w miarę zwiększania się nowotworu i zbliżania do ściany klatki piersiowej dźwięk wypukowy się zmienia. Może dać odgłos bębenkowy, jako znak odprężenia tkanki płucnej albo zupełne stłumienie wypuku, zwł. w górnym płacie. Często zmiany wypukowe nie odpowiadają rozmiarowi nowotworu; wpływać na to może bezpowietrzna tkanka płucna i przez ogniska zapalne zgęszczona. Oddech osłabiony często ma oddźwięk oskrzelowy; gdy następuje rozpad nowotworu, słychać rzężenia. Gdy występuje niewspółmierność między rozmiarem stłumienia a słabo słyszalnym oddechem (którego w zapaleniu wysiękowem opłucnej zupełnie się nie słyszy, a w pneumonji jest oskrzelowy), to należy mieć na myśli sprawę nowotworową.

Drżenie lub przewodnictwo głosowe może być albo zniesione, albo zachowane: często utrudnia rozpoznanie wysięk, który według Brandta występuje w 50% wszystkich przypadków nowotworów płuc. W pięciu przypadkach na oddziale stwierdzono wysięki; płyn był krwawy. Wysięki, jak wiadomo, powstają, gdy nowotwór z płuca rozrasta się i w opłucnej albo szerzy się tam z przerzutu. Twierdzenie, że krwawy płyn jest znamiennym dla raka płuc nie wszyscy uznają za słuszne. Części komórek nowotworowych rozpadowe łatwiej ujawnić badaniem wysięków, niż

plwociny; wykrywa się tam komórki duże, wielokształtne, w skupieniach. W jednym z naszych przypadków rozpoznano raka płuc na zasadzie badania wysięku z opłucnej. Wybitne znaczenie w rozpoznawaniu nowotworów płuc ma badanie prom. Rtg. Ułatwia ono rozpoznanie i wtedy, gdy niema jeszcze żadnych objawów klinicznych, dzięki kontrastowi między tkanką płuc, wypełnioną powietrzem, a zarysem cienia nowotworu. Należy jednak zawsze pamiętać, że badanie prom. Rtg. powinno być tylko pomocniczem obok wielu innych niemniej dokładnych badań klinicznych. Środkiem pomocniczym może tu być też zawsze bronchoskopja: umożliwia określenie wielkości i miejsca nowotworu w tchawicy i dużych oskrzelach. W jednym przypadku (z oddziału chirurgicznego dr. Wertheima) dr. Lubliner stwierdził nowotwór oskrzeli wziernikiem oskrzelowym. W rozpoznawaniu nowotworów płuc muszą być ściśle ujęte momenty różnicowe, nprz. wysięki surowicze czy krwawe u osób starszych, bez określonej etjologji z wywiadu, przemawiają raczej za sprawą nowotworową.

Dalej gruźlica płuc często nastręcza trudności, zwł. u starszych, gdyż i tu choroba często rozwija się powoli i daje zbliżone objawy chorobowe. W gruźlicy jednak wogóle rzadko stwierdza się objawy uciskowe.—Trudności różnicowe nastręczają z kolei nowotwory śródpiersia, tętniaki tętnicy głównej oraz ziarniniaki. W tym ostatniem schorzeniu powiększone są jednak też gruczoły w całem ustroju i charakterystycznym staje się obraz krwi. Pomocne bywa tu badanie prom. Rtg.

Współistnienie innych chorób często zaciera obraz. Spostrzegaliśmy na oddziale w ciągu kilku miesięcy 43-letniego krawca, który przybył z powodu kaszlu, bólów w boku i ogólnego osłabienia. Wydalina z kaszlem była skąpa. Przypadek ten przedstawiał duże trudności diagnostyczne. Wywiady wskazały współistnienie kiły (Wasserm.,+ duża śledziona). Leczenie swoiste nie dało poprawy.

Jednocześnie szybki bieg choroby, męczący kaszel, wydzielina śluzowo-ropna z domieszką krwi, wynik badania prom. Rtg. przemawiały za sprawą nowotworową płuc. Badanie przedmiotowe również to potwierdziło (znaczne stłumienie od kąta prawej łopatki ku dołowi, oddech wyraźnie osłabiony). Płynu z jamy opłucnej (z powodu zrostów) nie udało się wydobyć.

Leczenie nowotworów płucnych, jak dotąd, zawodzi. Naświetlania prom. Rtg. nie wiele pomagają, wzgl. i stosowanie radu i mezotorjum. Ostatnio zaczęto stosować sole cholinowe (enzytol 10%, odpowiednio rozcieńczony, dożylnie: 3 cm³. na 20 cm³. soli fizjologicznej). Zabiegi chirurgiczne mają zastosowanie ograniczone; są to zabiegi jedynie objawowe, wykonywane w celu zmniejszenia napięcia wewnątrz klatki piersiowej.

W większości przypadków, spostrzeganych na oddziale dr. Lublinera, wykonano sekcje, które potwierdziły rozpoznanie kliniczne.

Z liczby tych przypadków nowotworowych podajemy niżej w szkicu dwie historje chorób, których przebieg szczegółowy zasługuje na podkreślenie.

I. 18-letnia dziewczyna 13/XI 26 zgłosiła się z powodu krwioplucia, nieznacznych bólów w piersiach, kończynie górnej prawej i kaszlu nieznacznego. Chorą się poczuła przed 1/2 rokiem, gdy po raz pierwszy zauważyła domieszkę krwi w plwocinie; później ukazywała się już płynna, czysta krew. Pobyt na wsi z porady lekarza nic nie pomógł. Zjawiło się uczucie ciężaru w klatce piersiowej. Lekarz zalecił jej znów wyjazd na wieś, co też nie poprawiło stanu zdrowia. Przybyła więc do Warszawy. Podczas przebiegu choroby nie gorączkowała, nocą się nie pociła, waga się nie zmniejszała. Ostatnio straciła łaknienie. Gwałtowne ruchy, chód szybszy, powodują zaraz duszność i bicie serca. W badaniu objektywnem stwierdzono stłumienie nad i pod obojczykiem prawym oraz w szczycie prawym. W górnej części klatki piersiowej, po stronie prawej, oddech o charakterze uciskowym, ku dołowi osłabiony. Prom. Rtg. stwierdzono cień w górnym płacie płuca prawego. Nadal spluwała czystą płynną krew; kaszel mały, wydzielina skąpa. W obrazie chorobowym przeważały odtąd objawy uciskowe i bóle, od mostka promieniowały ku plecom, łopatce prawej i kończynie górnej prawej, były bardzo uporczywe, przerywały sen i nie poddawały się działaniu środków narkotycznych. Z ucisku na tchawicę i nerw zwrotny wystąpiły duszność i chrypka, żyły wężykowate na skórze. Duszność wciąż wzmagała się, aż spowodowała śmierć. Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

II 56-letni nauczyciel przybył 26.VIII.25 z powodu bólu w boku prawym, nieznacznego kaszlu, wydzieliny skąpej o zabarwieniu brunatnem. Chory był od kilku miesięcy, gdy przedtem zawsze czuł się dobrze. St. ob.: znaczne stłumienie po str. lewej, z tyłu od kąta łopatki ku dołowi, w miejscu stłumienia oddech osłabiony, tarcie opłucny. W lewej linji pa-

chowej na poziomie czwartego żebra guz twardy (jak duże jabłko), nieruchomy, dookoła niego małe gruczołki. Takie same gruczołki w pasze prawej i lewej oraz nad obojczykiem lewym i w obu pachwinach. W dalszym przebiegu: skargi na bóle w boku lewym i uczucie ciężaru. Prom. Rtg. stwierdzono cień w górnym płacie płuca lewego. Nakłucie; badaniem płynu z jamy opłucnej rozpoznano nowotwór płuca lewego (skupienia komórek nowotworowych).

Pozostałe historje choroby będą włączone do oddzielnej pracy o nowotworach płuc. Tu zaś chcemy jeszcze na podstawie doświadczenia oddziału dr. Lublinera, podkreślić, że: 1) pierwotne nowotwory złośliwe płuc w ostatnich czasach co raz częściej spostrzegano; prawdopodobnie wiąże się to z wyczerpaniem, wzgl. osłabieniem sił obronnych organizmu w okresie wojennym i powojennym u szerokich warstw ludności; 2) rozpoznanie nowotworów płuc dzięki udoskonaleniu metod badania klinicznego stało się dziś pewniejsze i łatwiejsze; 3) ponieważ chorzy zazwyczaj zjawiają się w późniejszych okresach choroby, wczesne więc objawy często nie mogą być przedmiotem obserwacji lekarskiej; 4) w ocenie krytycznej wartości leczenia nowotworów płuc promieniami radu, Rtg., oraz zabiegami chirurgicznemi, trzeba brać zawsze pod uwagę okres choroby, w którym terapję tę rozpoczęto.

---

Z oddziału płucnego. (Ordynator: L. Lubliner).

*Kierownikowi oddziału*
*w 40-ą rocznicę Jego pracy szpitalnej.*

# O znaczeniu odczynu dwuazowego Ehrlich'a dla przepowiedni w przebiegu gruźlicy płuc.

Podali

**M. Berłowicz i J. Włodawer.**

Pierwsze pytanie, które zarówno chory, jak i otoczenie, zadają lekarzowi po zbadaniu, to jakie jest rokowanie. Na to tak często trudno odpowiedzieć, gdy chodzi o gruźlicę, chorobę tak bardzo rozpowszechnioną; pozatem, ze względu na różne typy jej i zmienny przebieg kliniczny, ścisłe rokowanie należy tu do rzeczy niełatwych. A ma ono jednak wielkie znaczenie, gdyż od tego zależy wybór i zastosowanie odpowiedniego postępowania

leczniczego (leczenie klimatyczne, odma sztuczna, torakoplastyka, a w naszych warunkach również i kwestja pozostawienia chorego w szpitalu czy też wypisania).

Rokowanie w gruźlicy jest rzeczą szczególnie bardzo trudną, gdyż jest zależne nietylko od zmian anatomicznych w płucach, lecz również od całokształtu czynników społecznych środowiska, od stanu materjalnego chorego, rodzaju jego zawodu, stopnia kultury, oraz czynników indywidualnych (wiek, płeć, obarczenie dziedziczne, wpływy chorób współistniejących, a bardzo często też od konstytucji chorego).

Zadanie nasze, skromne, polegało na określeniu stosunku, jaki zachodzi między odczynem dwuazowym w moczu, dotkniętych gruźlicą płuc, w tym lub innym przebiegu schorzenia, a rokowaniem.

O istocie odczynu dwuazowego Ehrlich'a istnieje kilka hipotez. Według jednych, substancje, które wywołują w moczu odczyn dwuazowy, tworzą się pod wpływem działania trującego danego czynnika chorobotwórczego na czerwone krążki krwi; substancje te mogą być zawarte w moczu w stężeniu większem lub mniejszem, to też, po odpowiedniem rozcieńczeniu lub stężeniu moczu, można otrzymać odczyn mniej lub więcej nasilony. Według Weissa odczyn dwuazowy Ehrlich'a zależy od obecności w moczu odrębnych ciał peptonowych, wzgl. polipeptydów; a mocz niektórych ciężko chorych gruźlików, w którym w zwykłych warunkach badania odczyn dwuazowy nie występuje, może dać odczyn dodatni, o ile będzie umieszczony w cieplarce na 24 godziny. To też Williams radzi w razie wyniku ujemnego powtórzyć próbę z moczem, który stał 24 godz. w cieplarce.

Klinicystów interesuje tu przedewszystkiem kwestja, czy występuje lub nie ten odczyn u gruźlików w różnych okresach choroby, i jakie wnioski można z tego wysnuć. Zdania autorów w tej sprawie są rozbieżne. Budden nie przypisuje zbyt wielkiego znaczenia wystąpieniu odczynu tego u gruźlików, gdyż według niego stwierdza go się wówczas, gdy stan chorego jest już bardzo zły. Rumpf, Schröder i Naegelsbach nie spostrzegali odczynu dwuazowego u ciężko chorych gruźlików, nawet z serowatem zapaleniu płuc. Odczyn dwuazowy, jako reakcja barwna, może mieć rozmaity stopień nasilenia, to też niektórzy autorzy (do których należy i Holmgren) kierują się większą lub

mniejszą intensywnością odczynu w związku z nasileniem sprawy chorobowej w płucach i stanem chorego.

Większość jednak przypisuje wybitne znaczenie wystąpieniu odczynu dwuazowego w moczu gruźlików. Weismayr i Gwerder, oraz Korányi i Moeller są zdania, że odczyn dwuazowy jest słusznie argumentem w sądzie o niepomyślnem rokowaniu, gdyż stanowczo przemawia za złym zwrotem w przebiegu schorzenia. Nordmann uważa, że stale utrzymujący się odczyn ten wskazuje na pogorszenie sprawy chorobowej. I wtedy, gdy zmiany w płucach są stosunkowo niewielkie, wystąpienie tu odczynu dwuazowego przemawia za złem rokowaniem. Weiss nawet twierdzi, że jednorazowo zaobserwowany dwuazowy odczyn w przebiegu gruźlicy świadczy o III okresie choroby: $^2/_3$ przypadków Schrödera, w których stwierdzono stale występujący odczyn zmarło w przeciągu 2—3 miesięcy od chwili wystąpienia odczynu. Odczyn dwuazowy, utrzymujący się przez długi czas, świadczy o szybko postępującym rozpadzie erytrocytów. Bardzo cenne w tym względzie są spostrzeżenia Weissa i Szabóky'ego, którzy podają, że w przypadkach gruźlicy z przemijającym odczynem dwuazowym dało się jednocześnie zauważyć bądź pogorszenie w stanie chorobowym, bądź powikłania, gorączka, uporczywe krwioplucie i t. d. W niektórych przypadkach, przeciwnie, gdzie stale utrzymywał się odczyn dwuazowy, zdarzało się stwierdzić o kilka dni przed zgonem chorego, że odczyn ten zanikał. I odwrotnie opisywano przypadki, kiedy — pomimo istnienia odczynu dwuazowego — chorzy poprawiali się (Asada, Rumpf Becker, Weiss).

O ile naogół wynik dodatni badania na odczyn dwuazowy przemawia stanowczo za złem rokowaniem, to jednak wynik ujemny w przypadkach ciężkiej gruźlicy niema znaczenia w przepowiedni i nie może, oczywiście, przemawiać za pomyślnem zejściem danego przypadku. Należy tu jeszcze zaznaczyć, że w początkowych okresach gruźlicy oraz w postaciach o przebiegu łagodnym nigdy nie spostrzegano dwuazowego odczynu (Max Beck). Weiss w 126 przypadkach o łagodnym przebiegu klinicznym zawsze otrzymywał wynik ujemny.

Budden podaje również, że u gruźliczych, których pod względem klinicznym można było zaliczyć do okresu I, nie było w moczu odczynu dwuazowego. Szabóky jest zdania, że prze-

bieg gruźlicy, stale bez odczynu tego, daje raczej rokowanie dobre. Ostatnie prace (Lemmens 1924) wykazują, że, gdy klinicznie stwierdza się ciężki stan chorego, odczyn dwuazowy przemawia stanowczo za tem, że zejście niepomyślne niebawem nastąpi. Przeciętny okres trwania odczynu w takich przypadkach wynosi od 3 do 4 miesięcy. W myśl tegoż autora, chorych, u których się stwierdza odczyn dwuazowy, nie należy wysyłać do uzdrowisk, ponieważ o poprawie nie może być mowy. Z zabiegów można jedynie myśleć o odmie sztucznej w sprawie jednostronnej; nie należy zaś stosować torakoplastyki, jako zabiegu ciężkiego.

Nasze spostrzeżenia dotyczą 342 przypadków gruźlicy płuc w różnych okresach choroby, leczonych na oddziale V dr. Lublinera. Rozpatrując przypadki te, zwracaliśmy jednocześnie uwagę na ogólny stan chorego, na okres choroby, na krzywą ciepłoty i odczyn Pirquet'a, staraliśmy się też do pewnego stopnia powiązać powyższe czynniki z wystąpieniem lub nie odczynu dwuazowego Ehrlich'a. W liczbie tych 342 przypadków było 75 przypadków ciężko chorych, w których moczu był odczyn dwuazowy, w 267 nie było go. Otóż okazało się, że w 267 przypadkach gruźlicy płuc, gdzie wynik badania na odczyn dwuazowy stale był ujemny, liczba chorych, którzy opuścili szpital z poprawą, sięgała 171, czyli 64%; chorych, którzy wypisali się z pogorszeniem, było 64, czyli 24%; zmarło 32, czyli 12%. Pod tym względem spostrzeżenia nasze zgadzają się w zupełności z obserwacjami Buddena, Weissa i Max Becka. Nadto chorzy, którzy opuszczali szpital z poprawą, należeli do kategorji, reagującej dodatnio na odczyn Pirquet'a, odczyn ten bowiem występował u wszystkich tych chorych, a u niektórych nawet powodował zapalenie przebiegających wokoło naczyń chłonnych. Chorzy ci klinicznie należeli do okresu I lub II (według Turbana). Obserwowaliśmy u nich stan podgorączkowy (102 przyp.) lub bezgorączkowy, poprawę łaknienia i wzrost wagi. Chorzy, którzy wypisali się w stanie gorszym (64 przyp.), należeli do grupy gorączkujących, przeważnie okresu II lub III, u których odczyn Pirquet'a był słabo dodatni lub ujemny. Zmarli zaś w liczbie 23 należeli do kategorji gorączkujących (o stanie ogólnym wyniszczającym bardzo złym) i słabo lub zupełnie niereagujących na odczyn Pirqueta. Ostatnie 2 grupy chorych (96), aczkolwiek nie

było u nich odczynu dwuazowego, należeli jednak do kategorji ciężkich o złem rokowaniu. I pod tym względem nasze spostrzeżenia zgadzają się z danemi Rumpfa, Asada, Beckera i Weissa.

Odczyn dwuazowy Ehrlicha występował, jak już powiedziano, u 75 naszych chorych. Rozejrzyjmy się w losie tych chorych. We wszystkich tych przypadkach odczyn dwuazowy występował bądź stale (od chwili przybycia chorych do szpitala), bądź też ujawniał się w miarę postępu sprawy chorobowej w płucach, a mieliśmy tu do czynienia z ciężko chorymi, którzy przybywali na oddział z daleko posuniętą sprawą gruźliczą w płucach; chorzy ci w przeważającej liczbie umierali. Chorych takich było 46 czyli 61,3% U tych chorych odczyn Pirquet'a był ujemny w 39 przypadkach (allergja ujemna), słabo dodatni w 5 przypadkach i dodatni tylko w 2 przypadkach. Ciepłota u tych chorych była wyniszczająca, a sprawy płucne należały do grupy daleko posuniętych, rozpadowych. Ci zaś gruźlicy, którzy opuszczali szpital w stanie ciężkim lub z pogorszeniem, według danych o niektórych z nich, zmarli w krótkim czasie. Takich chorych było 27 (36%). Wszyscy ci wysoko gorączkowali, mieli sprawy rozpadowe przeważnie w obu płucach; w 20 przypadkach odczynu Pirquet'a nie było stale, w 3 przypadkach występował słabo, a w 4 wyraźnie. Prócz powyższych danych stwierdziliśmy na naszym materjale szpitalnym, że od chwili stwierdzenia odczynu dwuazowego do chwili śmierci upływało zaledwie kilka tygodni (2-3-4 tygodnie), a nie kilka miesięcy, jak to stwierdził Schröder. Jedynie w 2 przypadkach kilka dni przez śmiercią odczynu dwuazowego już nie było.

Zestawiając powyższe, przychodzimy do wniosku, że w znacznym odsetku chorych, którzy bądź zmarli na oddziale, bądź wypisali się z pogorszeniem, odczynu Ehrlicha stale nie było. Stąd wniosek że, gdy w przypadkach ciężkich niema odczynu dwuazowego, to nie może to mieć jednak znaczenia w przepowiedni. Natomiast w 75 przypadkach, gdzie stwierdzono odczyn dwuazowy, odsetek śmiertelności sięgał do 90%, z czego wynika, że stwierdzenie tego odczynu ma znaczenie w przepowiedni bezwzględnie złe. Spostrzeżenia nasze szpitalne nie pozwoliły jednak ustalić, jakie znaczenie ma przemijające wystąpienie lub zanikanie tego odczynu.

## PIŚMIENNICTWO.

1. Max Beck, Ueber prognostische Bedeutung der Diazoreaktion bei Phtisikern. Charité-Annalen, XIX Bd., 1894, S. 583. 2. Schröder und Naegelsbach, Diazoreaktion im Harne und Bakterienbefunde im Blute von Phtisikern. Münchener med. Wochenschr., 1899, Nr. 41 u. 42. 3. E. Rumpf Prognose der Phtisie. In Schröder-Blumenfeld Handb. der Therapie der chron. Lungenschwindsucht, Leipzig 1904. 4. O. Pertik, Pathologie der Tuberkulose. Bergmann, Wiesbaden 1904. 5. Budden, The diazoreaction in tuberculosis. Brit. med. Journ, 1905. 6. M Weiss, Wiener klin. Wochenschr., 1906, Nr. 44. 7. Alex. v. Weismayr, Die Prognose der chronischen Lungentuberkulose. Wiener klin. Rundschau, 1907, Nr. 11—13. 8. Nordmann, Thèse de Lyon, 1907. x. Williams, The prognostic valaur of the diazoreaction in tuberculosis. Med. Record, 1907, S. 480. 10. Gwerder, Beitr. z Klin. d. Tuberkul., Bd XIII, H. 1, 1909. 11. Alfred Moeller, Lehrbuch der Lungentuberkulose. Wiesbaden 1910. 12. M. Weiss, Med. Klin., 1910, Nr. 22. 13. Alexander v. Koranyi, Gruźlica płuc. Budapeszt 1911 (w języku węgierskim). 14. Szabóky, Budapest Orvosi Ujsáy, 1911, 12 Januar. 15. Weiss, Wiener Archiv. f. klin. Med. 1920, Bd I. 16 Poncz, W sprawie reakcji urochrom. Weissa, Kwart. Klin. Szpit. Starozak. T. II. Z. 3, 1923. 17. Hilarowicz, Z badań nad chyżością opadania krwinek oraz nad zachowaniem się odczynu urochromogenowego w gruźlicy chirurgicznej. Polska Gazeta Lekarska Nr. 44, 1922. 18. Muralt i Weiller, Sensibilité comparée de la diazo-reaction et de la vitesse de sedimentation du sang danla tuberculose pulmonaire, Presse medicale, Nr 103, 1925. 19. Lemmens. Die Dauer der Diazoreaktion und ihre Bedeutung bei der Lungentuberkulose (Sanat. St. Blasien) Dtsch. med. Wochenschr. N 42, S. 1442, 1924. 20. Stabbe O wartości odczynu dwu-azowego w przypadkach suchot płucnych. Polska Gazeta Lekarska N. 20, 1925. 21. Arnold. O znaczeniu klinicznem odczynu dwuazowego. Polska Gazeta Lekarska N. 10, 1926.

## TREŚĆ NUMERU.

*M. Koenigstein.* — O t. zw. nawrotowem zapaleniu wyrostka sutkowego. *Maurycy Hertz.* — O wpływie insuliny na przebieg ropnych spraw ucha środkowego u diabetyków. *Leon Zamenhof.* — O terapji zastępczej głuchoty nieuleczalnej. *M. Gantz.* — O t. zw. „początku gruźlicy płuc". *A. Bieleński.* — O leczeniu gnilnych schorzeń płucnych. *B. Chorążycki.* — Zachowawczość w oto-chirurgji. *F. Golfryd.* — O zapaleniu ropnem opon mózgowych pochodzenia usznego. *Julian Chorążycki.* — O dermatozach wysiękowych jamy ustnej i gardłowej. *Paweł Mackiewicz.* — Powikłania krtaniowe w przebiegu grypy 1926/27. *M. Wygodzki.* — Przyczynek do spraw zapalnych tkanki okołomigdałkowej po tonsillotomji. *Wl. Dworecki.* — Z kazuistyki zapaleń błędnika. *M. Berlowicz i J. Włodawer.* — O znaczeniu odczynu dwuazowego Ehrlich'a dla przepowiedni w przebiegu gruźlicy płuc. *S. Winer.* — O pierwotnych złośliwych nowotworach płuc.

## SOMMAIRE

*M Koenigstein.* Sur l'inflammation recidivante de l'apophyse mastoide. *M. Hertz.* L'influence de l'insuline au cours de la suppuration de l'oreille moyenne chez les diabetiques. *L. Zamenhof.* La thérapie mimique dans la surdité incurable. *M. Gantz.* „Le commencement" de la phtisie pulmonaire *A. Bieleński.* Du traitement des maladies pulmonaires putrides. *B. Chorążycki.* Le traitement conservateur en otochirurgie. *F. Golfryd.* La méningite purulente de provenance otique. *J. Chorążycki.* Les dermatoses exsudatives de la cavité buccale et pharyngée. *P. Mackiewicz.* Les complications laryngées au cours de la grippe pendant les années 1926—1927. *M. Wygodzki.* Contribution a l'étude des procés inflammatoires du tissus periamygdalien aprés la tonsillotomie. *Wl. Dworecki.* La casuistique des inflammations du labyrynthe. *S. Winer.* Des tumeurs malignes primaires du poumon. *M. Berlowicz i J. Włodawer.* Le rôle de la diazo-réaction d'Ehrlich au cours de la tuberculose pulmonaire.

---

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **L. Bregman, E. Flatau, G. Lewin, M. Lubelski, L. Lubliner, A. Natanson, Wcl. Sterling, J. Szwajcer.**

---

Adres Redakcji i Administracji

**Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12. Dr. J. Rotstadt.**

---

**Skład Główny: Księgarnia Gebethner i Wolff. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 4-12.**

---

ZAKŁADY GRAFICZNE NEUMAN & TOMASZEWSKI WE WŁOCŁAWKU.